

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS EFFICACE: UNE SÉLECTION D'APPROCHES

Résumé

Zurich, le 19 mai 2014

Judith Trageser, Anna Vettori, Juliane Fliedner, Rolf Iten

B2451A_SCHLUSSBERICHT_ZUSAMMENFASSUNG_F_140519.DOCX



INFRAS

INFRAS

BINZSTRASSE 23
POSTFACH
CH-8045 ZÜRICH
t +41 44 205 95 95
f +41 44 205 95 99
ZUERICH@INFRAS.CH

MÜHLEMATTSTRASSE 45
CH-3007 BERN

WWW.INFRAS.CH

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ PLUS EFFICACE: UNE SÉLECTION D'APPROCHES

Rapport final, Zurich, le 19 mai 2014

Mandant: Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse (vips)

Mandataire: INFRAS

Auteurs et auteurs:

Judith Trageser, Anna Vettori, Juliane Fliedner, Rolf Iten (INFRAS)

Groupe d'accompagnement:

Felix Gutzwiller, conseiller aux États

Peter Indra, Département de la santé publique, Bâle-Ville

Urs Meister, Avenir Suisse

Sandra Schneider, Office fédéral de la santé publique (quitte le projet en cours de route par manque de temps)

Jean-François Steiert, conseiller national

RÉSUMÉ

DES MANQUES D'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Sur fond de ressources limitées, les appels se font toujours plus pressants en faveur de l'amélioration du rapport coût-utilité dans le domaine de la santé publique. Tant au plan national qu'au plan international, les systèmes de santé sont confrontés à une question lancinante : comment améliorer la santé ou l'état de santé avec les ressources existantes et à moindre coût ? Plusieurs études arrivent à la conclusion que le niveau de qualité indiscutablement élevé peut encore être amélioré. On constate ainsi que des phénomènes d'inefficacité ponctuels tels qu'un manque de coordination au niveau des soins, une surabondance de prestations non indispensables et une demande excessive de la part des personnes assurées représentent aujourd'hui pas moins de 10 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé annuelles (INFRAS, Crivelli 2012).

La présente étude jette un coup de projecteur sur les solutions envisageables pour réduire cette inefficacité, notamment en s'inspirant des approches pratiquées à l'étranger. Se fondant sur la littérature spécialisée et sur des interviews menées avec les actrices et les acteurs du système de santé, l'étude met en évidence

- › les approches innovantes utilisées au-delà de nos frontières pour accroître l'efficacité du système de santé,
- › les effets escomptés en Suisse en appliquant une série d'approches choisies et
- › les modalités à mettre en place pour appliquer ces approches dans le contexte du système de santé suisse existant.

LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES: COUP D'OEIL AU-DELÀ DES FRONTIÈRES NATIONALES

À l'étranger, de nombreuses approches sont mises à l'épreuve avant d'être appliquées avec succès pour réduire l'inefficacité du système de santé. Les solutions que nous avons identifiées se regroupent en diverses tendances : miser sur la transparence en matière de qualité des prestations fournies, récompenser financièrement la qualité, centrer les soins sur les patient-e-s en mettant en place des organisations intégrées, associer activement les patient-e-s à leurs soins de santé ou renforcer les structures d'approvisionnement du secteur ambulatoire. La plupart de ces approches misent sur une modification des incitations du côté de l'offre, que ce soit par des mécanismes de remboursement ou de financement, ou encore en visant un changement au niveau des structures et des processus d'approvisionnement eux-mêmes. Au niveau de l'offre, des mesures cherchent à guider le comportement des assuré-e-s et des patient-e-s aussi bien au

niveau de la santé qu'au niveau des coûts, en recourant à des modalités de participation spécifiques en termes de soins et de financement.

La présente étude a permis d'identifier quinze approches qui ont pour but d'améliorer l'efficacité du système de santé. Une typologie a été établie en fonction des dimensions suivantes : niveau du système, orientation vers la demande, orientation vers l'offre.

VUE D'ENSEMBLE ET TYPOLOGIE DES APPROCHES ENVISAGEABLES			
Niveau de modification du système	Niveau de l'effet d'incitation		
	Offre		Demande
	Financement / Remboursement	1 Remboursement en fonction des résultats Typ A 2 Forfaits complexes (Bundled Payment) 3 Organisation de soins intégrées et tenues de rendre des comptes 4 Évaluation des technologies de la santé (HTA) 5 Modalités de remboursement des médicaments conformes aux besoins	6 Compte d'épargne pour soins médicaux (Medical Savings Accounts) Typ B 7 Budget-santé personnalisé
La prestation de service	8 Optimisation des structures de soins stationnaires Typ C 9 Prestataires de soins de base garantissant la prise en charge globale et intégrée 10 Directives médicales 11 Combinaison optimale des savoirs-faire (Skill-Mix) 12 Technologies de l'information et de la communication	13 Encourager la disposition des patient-e-s à s'autogérer Typ D 14 Gestion optimale des flux de patient-e-s (triage/accès au soins de base) 15 Encouragement des mesures de prévention et de la promotion de la santé	

Figur 1 Typologie établie par INFRAS

En Suisse, la majorité des approches citées ci-avant sont déjà pratiquées ponctuellement. Elles ne sont donc pas complètement inédites : bon nombre d'entre elles sont actuellement à l'épreuve dans notre pays, notamment dans le domaine de la fourniture de prestations. Toutefois, nous avons pris un retard considérable par rapport à l'étranger. La présente étude sélectionne donc cinq approches qui permettent d'expliquer les raisons de ce retard ainsi que les obstacles qui sont à leur origine, mais aussi les possibilités qui favorisent la mise en place de telles approches.

LES SOLUTIONS ENVISAGEABLES EN SUISSE

Dans le cadre de la présente étude, cinq approches ont été sélectionnées parmi celles qui sont présentées à la figure no 1, selon les deux critères suivants: présenter un potentiel d'efficacité et présenter un potentiel de développement en Suisse. Par ailleurs, il s'agissait d'approfondir une approche au moins parmi chacun des quatre types décrits à la fig. no 1. Dans ce qui suit, nous décrirons ces cinq approches, leurs atouts et leurs risques respectifs ainsi que les possibilités de les mettre en œuvre.

Les forfaits complexes

Les forfaits complexes (Bundled Payment) sont un modèle de remboursement qui procède par agrégation de toutes les prestations fournies durant une période de traitement (p. ex. diabète, états liés à des troubles vasculaires) avant de procéder à un remboursement forfaitaire. Cette démarche considère donc les prestations fournies durant les épisodes d'une maladie comme un ensemble. L'agrégation incite les prestataires de soins à optimiser le nombre et le coût des prestations fournies durant un épisode de maladie et à coordonner de manière optimale ces différentes prestations.

Sur la base des expériences faites avec ce modèle à l'étranger et des interviews qui ont été menées avec des expert-e-s dans le cadre de la présente étude, on peut partir de l'idée que les forfaits complexes constituent un moyen pour améliorer la qualité, les résultats et le rapport coût-efficacité du système de santé. Si les preuves empiriques de cette allégation restent pour l'heure relativement faibles, les expériences faites font, elles, état de résultats positifs : selon une estimation quantitative, les forfaits complexes permettraient au système de santé suisse d'économiser au moins 650 millions de francs suisses par année. Toutefois, les forfaits complexes comportent certains risques, tels que la sous-utilisation de prestations appropriées et des charges administratives élevées. L'effet d'une telle approche dépend largement de la forme de gouvernance qui régit le modèle: qui propose les offres? Comment les forfaits sont-ils définis? etc.

Certains aspects du modèle des forfaits complexes sont actuellement pratiqués en Suisse, sans qu'il n'ait pu s'établir réellement. Parmi les obstacles qui freinent son établissement, les expert-e-s citent son manque d'acceptation (côté médecins : réserves et manque d'incitation pour un remboursement axé sur l'efficacité ; côté patient-e-s : craintes de rationnement des prestations), les conditions générales proposées par le système de santé actuel (notamment un système de soins fragmenté) ainsi que les carences techniques en termes de praticabilité (absence de données, de systèmes IT). Les expert-e-s estiment que pour rallier une vaste majorité à un tel modèle, il faut des initiatives qui viennent de la base, lancées par les partenaires tari-

fares. Il s'agit par ailleurs de renforcer les incitations pour un système de soins intégré au niveau de la réglementation, de créer l'infrastructure technique ainsi que de générer les données requises.

Que sont les forfaits complexes?

Le remboursement forfaitaire d'un ensemble de prestations liées à un épisode de maladie.

- **Objectifs:** améliorer la coordination entre les prestataires de soins; diminution de la demande induite par l'offre.

Où pratique-t-on ce système?

- USA, NL, SE, UK: affections chroniques, épisodes aigus.
- **En Suisse:** application de modèles isolés, dans le domaine des soins aigus (essentiellement en orthopédie).

Quels sont les obstacles en Suisse?

- Manque d'incitations, réserves, investissement requis de la part du corps médical
- Système de soins fragmenté
- Absence de données, infrastructure technique insuffisante
- Nombre de cas faible, et par conséquent dispersion des risques au niveau des forfaits

Quels sont les facteurs encourageants?

- Changements structurels dans les hôpitaux (collaborations plus étroites avec le secteur ambulatoire)
- Stratégie „Cybersanté“
- Amélioration de la compensation des risques (nombre accru d'incitations pour les assureurs)

La combinaison optimale des savoir-faire

La combinaison optimale des savoir-faire (Skill Mix) a pour but de redistribuer le travail et les compétences entre les professions de la santé, de manière à ce que les prestations puissent être fournies avec un minimum de ressources, tout en maintenant un niveau qualitatif au moins égal. Ces modèles d'optimisation des savoir-faire existent déjà avec plusieurs groupes de professions. La présente étude s'est concentrée sur les modèles qui concernent la répartition du travail et des compétences entre personnel de soins et médecins. Il s'agit notamment de reconsidérer les tâches telles que la première consultation, le triage, l'(in)formation des patient-e-s ou le suivi de routine des malades chroniques, mais aussi la commande d'exams diagnostiques et la prescription de médicaments. En Suisse, ce type de solution pourrait être adopté non seulement pour réduire les coûts, mais aussi pour améliorer la qualité et pour lutter contre la pénurie de main d'œuvre dans le domaine des soins médicaux de base et des soins en général.

Selon les preuves empiriques disponibles et les prévisions des expert-e-s, les effets positifs de la combinaison optimale des savoir-faire se font sentir en particulier au niveau de la qualité des soins, de la satisfaction des patient-e-s et de l'état de santé. Ces preuves sont moins formelles quant au potentiel de réduction des coûts et les acteurs interrogés sont plutôt sceptiques à cet égard. Sur le terrain, on constate en effet que les économies réalisées au niveau des coûts sont parfois compensées par une multiplication des prestations (p. ex. allongement des consultations effectuées par le personnel de soins) ou par des revendications salariales. En reprenant dans les grandes lignes le modèle qui est appliqué avec succès aux Pays-Bas et en l'adaptant aux

exigences suisses, le gain d'efficacité escompté pourrait atteindre quelque 140 millions de francs suisses à court terme au moyen d'une combinaison de savoir-faire judicieuse.

La combinaison des savoir-faire des médecins et des soignant-e-s, qui élargissent leurs rôles respectifs, existe déjà en Suisse dans quelques hôpitaux, dans les modèles de soins intégrés et dans des projets pilotes isolés. Les expert-e-s estiment que ce modèle contient un potentiel d'extension, notamment dans le domaine des soins de base. Toutefois, une telle extension est freinée par des obstacles tels que le manque d'acceptation de la part des médecins, les incitations au niveau du système de financement, le système de formation, les structures de soins actuelles et l'absence de cadre légal. Pour promouvoir le modèle de la combinaison optimale des savoir-faire, il convient, selon les expert-e-s, d'ancrer l'approche du travail interprofessionnel dans les formations professionnelles et les formations continues, ainsi que de favoriser les essais pilotes qui fourniront les preuves de l'efficacité de ce modèle. Les incitations inhérentes au système, et plus particulièrement la mention de certaines prestations dans le cas de la combinaison des savoir-faire dans systèmes tarifaires, devraient être renforcées. Enfin, il importe de créer un cadre légal qui autorise les soignantes et les soignants à effectuer des activités supplémentaires et de répondre ainsi aux questions de responsabilité et de responsabilité civile.

Qu'est-ce que la combinaison optimale des savoir-faire?

Redistribution du travail et des compétences entre les professionnel-le-s de la santé, en l'occurrence entre les médecins de premier recours et les soignant-e-s.

- **Objectif:** diminution des ressources et maintien de la qualité; endiguement de la pénurie de main d'œuvre.

Où pratique-t-on ce système?

- **À l'étranger :** modèle très répandu, en particulier dans les pays anglo-saxons (infirmières/infirmiers en soins avancés APN, cliniques gérées par des infirmières/infirmiers, etc.)
- **En Suisse:** recours aux infirmières/infirmiers en soins avancés dans les hôpitaux, exemples isolés dans l'approvisionnement de base ; quelques projets pilotes.

Quels sont les obstacles en Suisse?

- Réticences du corps médical à propos de la qualité
- Non-compensation de prestations par le système tarifaire
- Système de santé fragmenté
- Carences légales (p. ex. responsabilité civile)
- Système de formation professionnelle peu axée sur l'interprofessionnalité

Quels sont les facteurs encourageants?

- Pénurie de main d'œuvre au niveau des soins de base et des soins en général
- Meilleure acceptation suite à des essais pilotes concluants
- Forfaits (DRG, forfaits par patient-e-) et par conséquent pression pour améliorer le rapport coût-efficacité
- Stratégie „cybersoins“

Directives médicales

Les directives médicales sont des recommandations basées sur des données scientifiques, destinées à optimiser et à standardiser le traitement des patient-e-s. L'objectif de telles directives est d'accroître l'efficacité des processus et d'éviter les prestations superflues ainsi que les traitements désuets. Ces directives contribuent donc à lutter contre le sur-approvisionnement en prestations, l'une des sources d'inefficacité principales du système de santé suisse. Depuis l'apparition de la pratique clinique basée sur des données scientifiques, dans les années 1990,

les directives médicales ont connu un regain d'intérêt ; elles sont entre-temps bien établies dans divers secteurs médicaux dans de nombreux pays. Généralement, elles sont formulées par les corporations de médecins, en particulier par des associations de médecins spécialistes, mais aussi par les hôpitaux. En principe non obligatoires, elles laissent une marge de manœuvre aux praticiens, auxquels elles permettent de s'en écarter dans des cas dûment motivés.

Les études qualitatives qui ont été effectuées et les expert-e-s interrogé-e-s sont d'avis que les directives médicales améliorent le résultat des traitements, qu'elles rendent les processus plus efficaces et que les coûts s'en trouvent réduits. Les preuves scientifiques de ces affirmations sont cependant faibles, notamment pour ce qui est des coûts économisés. Le consensus international veut que le potentiel d'efficacité dépende fortement de la qualité des directives considérées. L'acceptation des directives, leur respect et leur diffusion dépendent des modalités de gouvernance qui ont prévalu à la rédaction des directives (acteurs impliqués) ainsi que des stratégies de mise en œuvre. Parmi les risques qui sont cités liés aux directives médicales, il y a la limitation de la liberté thérapeutique, la prise en compte insuffisante de la polymorbidité et le frein qu'elles pourraient constituer à l'innovation médicale.

Les directives médicales existent d'ores et déjà en Suisse ; on les retrouve avant tout dans les hôpitaux et les réseaux de médecins, ainsi que dans les domaines de la cardiologie, de l'oncologie, de la chirurgie et du traitement du diabète. En comparaison avec l'étranger, ce modèle est toutefois encore assez peu courant ; selon les experte-e-s, ce phénomène s'explique par les réticences des prestataires de soins, qui craignent de se voir privés de leur liberté thérapeutique. Les personnes interrogées estiment par conséquent que ce sont les médecins (resp. les associations de spécialistes et les hôpitaux) qui devraient piloter les démarches entreprises dans ce domaine. Pour faciliter la diffusion des directives médicales, il conviendrait de baser la méthodologie sur des standards reconnus, de résoudre le problème du financement, l'institutionnalisation de la méthodologie ainsi que la constitution de recueils de directives médicales. Ces démarches devraient en outre être complétées par des mesures telles que les cercles de qualité, des incitations financières et des stratégies globales de mise en œuvre (disponibilité des directives sous forme électronique, formations continues, etc.).

Que sont les directives médicales?

Recommandations pour les médecins, basées sur des données scientifiques.

- **Objectif:** optimisation et standardisation du traitement des patient-e-s

Où pratique-t-on ce système?

- **À l'étranger:** documents très répandus dans de nombreux pays et domaines médicaux; méthodologie en partie institutionnalisée, p. ex. en D
- **En Suisse:** présent à un stade rudimentaire dans certains domaines spécialisés (cardiologie, oncologie, diabète, etc.) ; élaboration par les corporations spécialisées ; dans certains hôpitaux : directives internes.

Quels sont les obstacles en Suisse?

- Méconnaissance, craintes des médecins de voir restreindre leur liberté thérapeutique, craintes de sous-provisionnement (médecins et patient-e-s)
- Efficacité insuffisamment documentée scientifiquement
- Moyens financiers insuffisants pour l'élaboration de telles directives
- Manque d'incitations dans l'approvisionnement de base

Quels sont les facteurs encourageants?

- Forfaits (DRG, forfaits par patient-e-) et par conséquent pression pour améliorer le rapport coût-efficacité
- Stratégie „cybersoins“

Compte d'épargne pour soins médicaux

Le compte d'épargne pour soins médicaux (Medical Savings Accounts, MSA) est un compte d'épargne individuel réservé aux soins médicaux. La personne qui détient un compte l'alimente elle-même en versant régulièrement des cotisations. En cas de maladie, elle paie les frais de traitement en puisant dans les économies qu'elle a ainsi constituées. En cas de maladie grave, les frais de traitement dépassent parfois le montant disponible sur le compte ; par conséquent, le compte d'épargne pour soins médicaux est souvent couplé à une assurance pour hauts risques. L'objectif du compte d'épargne pour soins médicaux est que les patient-e-s prennent davantage conscience des coûts médicaux. Dans un système de caisses maladie dont le financement est assuré par répartition, les personnes assurées sont incitées à consommer trop de prestations et à ne pas prendre suffisamment soin de leur santé, dans la mesure où les coûts de santé sont pris en charge par l'ensemble des personnes assurées dans la même caisse (cf. le problème du risque moral). Le modèle du compte d'épargne pour soins médicaux lutte contre ces effets pervers en créant des incitations à renoncer à des prestations inutiles. Le montant capitalisé sert d'incitation, dans la mesure où les personnes assurées peuvent en disposer librement par la suite.

Ce mécanisme permet de penser que ce modèle a un effet positif sur les frais de santé, bien que les preuves scientifiques soient peu nombreuses. Les études consacrées aux effets du compte d'épargne pour soins médicaux ne fournissent pas de preuves irréfutables quant à l'efficacité du système ; les effets seraient neutres, voire négatifs au niveau des coûts, notamment parce que les patient-e-s recourent trop tardivement aux prestations, ce qui entraîne l'aggravation de la maladie. Néanmoins, les expert-e-s questionné-e-s estiment qu'un avantage majeur du compte d'épargne pour soins médicaux réside dans le fait qu'elle décharge financièrement la jeune génération à une époque où l'évolution démographique fait grimper les coûts de santé de la génération des aînés. À l'inverse, les expert-e-s interrogé-e-s estiment que le compte

d'épargne pour soins médicaux constitue une entorse au principe de solidarité, dans la mesure où ce système n'assure plus la compensation entre malades et bien portant et où il désavantage les malades chroniques et les personnes socialement défavorisées.

Les expert-e-s sont nombreux à se montrer réticent-e-s face à la mise en œuvre du compte d'épargne pour soins médicaux, avant tout parce qu'ils s'attendent à un taux d'acceptation relativement faible par la population : tout d'abord, la participation aux coûts de la part des personnes assurées est déjà élevée en Suisse. Ensuite, il pourrait se révéler difficile de communiquer les avantages de cette solution, la crainte d'une désolidarisation supplémentaire risquant de l'emporter. Enfin, l'introduction du modèle du compte d'épargne pour soins médicaux à l'état pur présuppose une modification fondamentale du système d'assurances, non prévue par les bases légales en vigueur. Il n'en demeure pas moins que certains éléments du compte d'épargne pour soins médicaux peuvent être intégrés au système de santé actuel sans qu'il soit nécessaire de bouleverser le cadre légal :

- › Combiner le compte d'épargne pour soins médicaux à des franchises plus élevées: les personnes assurées s'engagent à payer des franchises élevées sur le long terme, alors que les rabais de primes qui en découlent sont versés sur le compte d'épargne pour soins médicaux.
- › Combiner le compte d'épargne pour soins médicaux et les primes en fonctions de l'âge, en utilisant le capital accumulé pendant les jeunes années pour payer les primes plus élevées durant la vieillesse.
- › Utiliser le capital du compte d'épargne pour soins médicaux pour financer une assurance soins.

Qu'est-ce que le compte d'épargne pour soins médicaux ?

Un compte d'épargne destiné à payer les frais de maladie (exception: cas à haut risques)

- **Objectifs:** aiguïser la prise de conscience pour le coût des patient-e-s, renoncer aux prestations inutiles, améliorer la justice intergénérationnelle.

Où pratique-t-on ce système?

- Singapour, Chine, Afrique du Sud, USA

Quels sont les obstacles en Suisse?

- Crainte d'une désolidarisation
- Aucune preuve d'une amélioration de la qualité ou d'un meilleur rapport coût-efficacité
- Absence de bases légales
- Message politique difficile à communiquer

Quels sont les facteurs encourageants?

- Évolution démographique; allègement du fardeau de la jeune génération

Encourager l'autogestion des patient-e-s

Par autogestion des patient-e-s, on entend l'aptitude à gérer sa maladie, les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et sociales ainsi que leurs conséquences sur le mode de vie. Les interventions qui visent à encourager l'autogestion ont pour but d'habiliter les patient-e-s à vivre de manière autonome et indépendante. Les programmes d'autogestion prennent plusieurs formes et interviennent dans divers contextes : cours en groupe, information individuelle, programmes spécifiques pour chaque type de maladie, programmes généraux pour malades chro-

niques, etc. Cette approche a pour double but de mieux adapter les soins de santé aux besoins des patient-e-s et de réduire le recours, par les patient-e-s, à des prestations exigées inutilement, sur la base d'informations lacunaires. Sur la base de la littérature spécialisée et des interviews d'expert-e-s, on voit que les conclusions concernant l'efficacité des interventions destinées à favoriser l'autogestion sont partagées. Si l'observance des informations, par les patient-e-s, constitue un facteur d'incertitude quant à l'effet sur les objectifs, les programmes d'autogestion peuvent éveiller des besoins et entraîner un étoffement des prestations. Il apparaît que le succès des interventions destinées à favoriser l'autogestion dépend largement de la forme de ces interventions. On connaît néanmoins un grand nombre d'exemples ponctuels qui font état d'effets positifs en termes de satisfaction des patient-e-s, d'effets sur la santé (p. ex. taux de glycémie) et de taux d'hospitalisation. Une estimation sommaire qui se base sur exemples réussis dans le domaine de l'insuffisance cardiaque (SE et USA) font état d'un potentiel d'économies de quelque 80 millions de francs suisses par année.

La Suisse connaît quelques exemples isolés de mesures de promotion de l'autogestion ; la diffusion de ce modèle reste faible cependant. Selon les expert-e-s, les principaux obstacles sont les incitations perverses au niveau des caisses maladie (p. ex. la possibilité de changer de caisse chaque année), les incertitudes au niveau du financement (les prestations de promotion de l'autogestion ne font pas partie du catalogue des prestations de l'AOS) ainsi que les questions de responsabilité pour la mise en œuvre. Pour encourager ce type de solution en Suisse, il faudrait, selon les expert-e-s, l'intégrer aux structures de soins existantes plutôt que de constituer un système nouveau avec des offres parallèles. Par ailleurs, il conviendrait de renforcer les incitations tant au niveau de l'offre que de la demande de tels programmes. À cet effet, il faudrait notamment inscrire les prestations dans les systèmes tarifaires. Enfin, l'encouragement du système de cybersanté pourrait avoir des effets favorables sur cette approche, dans la mesure où l'appareillage technique et la transmission électronique des données sont susceptibles d'améliorer à la fois le suivi et l'observance.

Qu'est-ce que l'autogestion des patient-e-s?

L'aptitude des patient-e-s à gérer leur maladie.

- **Objectif:** éviter les complications

Où pratique-t-on ce système?

- **Étranger:** divers programmes très répandus p. ex. dans les pays suivants : Australie, USA, GB
- **Suisse:** divers programmes/projets pilotes, p. ex. cours EVIVO pour les patient-e-s, projets LEILA – Vivre avec une maladie chronique

Quels sont les obstacles en Suisse?

- Craintes d'une observance insuffisante de la part des patient-e-s
- Non-remboursement des prestations, systèmes tarifaires
- Manque d'incitations pour les assurances

Quels sont les facteurs encourageants?

- Bonne acceptation de principe
- Hausse des besoins de soins des malades chroniques
- Meilleure compensation des risques
- Stratégie „cybersanté“

Résultats

À première vue, les solutions proposées ci-avant comportent chacune un potentiel d'efficacité élevé, dans la mesure où elles visent des vecteurs d'inefficacité marquants du système de santé suisse. D'ailleurs, l'approfondissement de quelques solutions choisies montre que leur potentiel en matière d'accroissement de l'efficacité existe bel et bien. Dans un cas, à savoir celui du compte d'épargne pour soins médicaux, les preuves scientifiques de son efficacité ne sont pas irréfutables. Selon les données empiriques disponibles et compte tenu de leur évaluation qualitative, on peut admettre que les quatre autres approches ont un effet positif plus ou moins prononcé sur la santé et sur le rapport coût-efficacité du système de santé. Compte tenu des chiffres disponibles, le montant exact des économies réalisées en cas de mise en œuvre systématique de ces solutions en Suisse ne peut faire que l'objet d'une évaluation très sommaire. Nous estimons que le potentiel est compris entre un et neuf pour cent du total du coût total des frais de santé. À l'exception du compte d'épargne pour soins médicaux, les quatre solutions que nous avons approfondies dans la présente étude peuvent être intégrées au système de santé existant et ne nécessitent aucun changement radical préalable de la législation. D'ailleurs, dans la pratique, la combinaison des savoir-faire, les programmes d'autogestion, les forfaits complexes et les directives médicales existent déjà en Suisse ; toutefois, la mise en œuvre de ses approches n'est souvent que rudimentaire.

Au cours des interviews menées avec les représentant-e-s du système de santé, on a mis en lumière les freins à ces innovations qui existent au niveau des conditions cadres en Suisse : ce sont notamment un système de soins fragmenté, la méthode de rémunération des prestations individuelles qui prévaut dans le domaine des soins ambulatoires, des modalités de financement hétérogènes pour les prestations stationnaires et ambulatoires ainsi que les tarifs actuels, qui n'affichent pas la totalité des prestations.

En termes d'acceptation, on s'aperçoit que certains groupes d'acteurs du système de santé formulent des réticences à propos de chacune des approches étudiées de manière plus approfondie, à l'exception de la promotion de l'autogestion. Toutefois, ces réserves ne constituent pas des obstacles insurmontables, puisque certains d'entre eux sont dus à un manque d'information ; c'est par exemple le cas de la combinaison des savoir-faire et de l'application de directives médicales. On peut partir de l'idée que des expériences positives supplémentaires permettront de vaincre ce type de réticences. À priori, les approches approfondies ne révèlent pas de camp clairement perdant. Seul le compte d'épargne pour soins médicaux suscite un scepticisme relativement général, puisqu'il fait craindre une désolidarisation des assuré-e-s au niveau de l'assurance de base.

Des difficultés pratiques s'opposent enfin à une diffusion plus systématique des approches étudiées. Ce sont notamment les carences au niveau technique et au niveau des données qui permettent de développer les forfaits complexes. Souvent, elles ne sont pas mises en œuvre par manque d'incitations, ou par manque de certitudes quant au retour sur investissement, ce qui freine les investissements; c'est par exemple le cas du développement de directives médicales ou de la modification des processus de soins.

Les obstacles mentionnés ci-avant montrent que dans certains cas, des modifications seront parfois nécessaires au niveau de la réglementation en vigueur si l'on veut favoriser la mise en place de solutions telles que celles qui sont citées (p. ex. en termes d'obligation de contracter, de tarifs, de compensation des risques, d'incitations financières pour contracter des assurances d'un type particulier, de loi sur les professions de la santé). Dans certains cas (forfaits complexes, combinaison des savoir-faire, directives médicales, promotion de l'autogestion), d'autres types de mesures pourront faciliter leur diffusion, expliquent les personnes interrogées : projets pilotes, mesures qualitatives, promotion de la cybersanté ainsi qu'adaptation des formations professionnelles et des formations continues. Par contre, la mise en œuvre du système des comptes d'épargne pour soins de santé nécessiterait des réaménagements plus considérables du système de financement ; la création de tels comptes n'est envisageable qu'à titre de mesure complémentaire du système d'assurance en vigueur.

CONCLUSIONS

Nous tirons huit conclusions des résultats de l'étude:

- › **Il est possible d'améliorer le rapport coût-efficacité du système de santé sans bouleverser ce dernier.** La présentation des approches envisageables montre qu'il n'est pas nécessaire de bouleverser le système de santé, c'est-à-dire de son référentiel organisationnel et de son cadre réglementaire, pour le rendre plus efficace. Parmi les solutions envisagées, nombreuses sont celles qui s'intègrent et qui se mettent en œuvre dans le système existant. C'est en particulier le cas des approches qui demandent des initiatives et des changements d'ordre organisationnel de la part des prestataires de services. On remarquera que ce type d'approche est déjà mis en œuvre de manière rudimentaire en Suisse. On pourra donc bâtir sur ces démarches et les renforcer avant d'introduire des approches qui nécessitent des modifications plus approfondies du cadre légal, telles que la création de comptes d'épargne pour frais de santé.
- › **« Les soins orientés vers le résultat », la référence pour des prestations de soins efficaces.** Parmi les approches envisageables pour accroître l'efficacité, nombreuses sont celles qui découlent de l'idée des « soins orientés vers le résultat », c'est-à-dire qui sont basées sur une démarche où les besoins des patient-e-s sont au centre et où le système de santé est organisé

en fonction de ces besoins. Ce sont par exemple les organisations de soins intégrées et globales, l'encouragement de l'autogestion, la combinaison optimale des savoir-faire, le recours à des directives pour le traitement médical ainsi qu'aux technologies de l'information et de la communication, tous placés sous le signe commun des « soins orientés vers le résultat ».

L'orientation vers les besoins des patient-e-s constitue un moteur déterminant non seulement pour la qualité du système de santé, mais aussi pour accroître le rapport coût-efficacité.

› **Élargissement du potentiel d'efficacité au moyen de démarches modulaires.** L'analyse ci-avant de cinq types de solutions montre qu'il n'y pas de « géant endormi » dont le réveil permettrait d'activer d'un seul coup de grands potentiels d'efficacité. On voit que les économies sont réalisées à l'aide d'une série de mesures à l'impact restreint, mais dont la somme permet d'accroître considérablement l'efficacité du système de santé. Le montant exact des économies à réaliser n'a pas pu être calculé avec précision dans le présent contexte. Toutefois, en analysant de plus près certains secteurs, on réalise qu'elles devraient se situer au minimum entre 1 et 10 pour cent des coûts de santé. Par conséquent, ces approches permettent de contribuer de manière significative à endiguer l'accroissement de ces coûts.

› **La mise en œuvre des potentiels d'efficacité dépend de leur formulation concrète.**

L'approfondissement du modèle montre que les esquisses de solutions proposées comportent certains risques et que les détails dont il faut tenir compte ne sont pas négligeables. La présente étude met en évidence des pistes prometteuses en termes de formulation concrète. Au-delà, les acteurs qui participent à l'organisation et au pilotage ont un rôle important à jouer (gouvernance). Cette étude n'est toutefois pas suffisamment détaillée pour déterminer les formes qui conviennent le mieux pour chacune des approches ; il convient d'attendre les données fournies à ce sujet par des applications pratiques en cours à l'étranger ainsi que les données qui seront récoltées dans le cadre de projets pilotes menés en Suisse.

› **La diffusion au moyen d'initiatives parties de la base, une stratégie promise au succès.**

Les processus initiés à la base, c'est-à-dire, dans le présent contexte, par les prestataires de services, sont les plus concluants ; tels sont les résultats d'expériences menées tant en Suisse qu'à l'étranger. Inversement, vouloir imposer des solutions « d'en haut » semble bien promis à l'échec. Par conséquent, il s'agit de propager les solutions présentées par l'intermédiaire des prestataires de services. Logiquement, ce sont aussi ces prestataires de services qui devraient piloter ces processus, dans la mesure où le résultat apparaît là où les prestations sont fournies.

› **Assurer une concurrence axée sur les besoins des patient-e-s et une bonne gouvernance.**

L'État ainsi que d'autres parties prenantes, telles que les partenaires tarifaires, peuvent contribuer à ouvrir la voie à la diffusion des solutions esquissées ci-avant. Ils peuvent et doivent notamment assurer qu'une « concurrence axée sur les besoins du patient » au sens de Porter et

Teisberg (2006) soit possible, de manière à définir les incitations correspondantes pour les prestataires de soins. Les approches citées dans la présente étude qui ont été approfondies montrent que les réglementations telles que la rémunération des prestations individuelles, l'obligation de contracter, le financement différencié entre secteur stationnaire et secteur ambulatoire ainsi que la compensation des risques qui ne fonctionne pas (encore) correctement gênent la mise en place des solutions préconisées. Outre les obstacles d'ordre réglementaire, il existe des écueils au niveau de la gouvernance. Dans ce domaine, une bonne gouvernance comprend la mesure des performances et notamment de la qualité des prestations fournies. Ce type d'information est déterminant dans un contexte de concurrence axée sur les besoins des patient-e-s, car il assure que la concurrence s'effectue sur la base des résultats obtenus et que les prestataires de services puissent être tenus de rendre des comptes.

- › **Les preuves scientifiques et les exemples de bonnes pratiques: Conditions de succès indispensables.** L'évolution de la politique de santé a montré que par le passé, ce sont souvent des barrières culturelles qui gênent la réalisation d'initiatives destinées à améliorer l'efficacité. Parvenir à franchir ces barrières risque de se révéler tout aussi difficile en rapport avec les nouvelles approches qui ont été présentées ci-avant. Les réserves émises relèvent souvent de la crainte d'une perte de qualité, de la méconnaissance et du manque d'expérience. Il est donc indispensable de mettre à l'épreuve les solutions proposées dans le cadre d'applications-pilotes et de récolter ainsi des exemples de bonnes pratiques. Dans l'immédiat, il convient d'examiner dans quelle mesure des activités pilotes peuvent être encouragées. Lorsque des essais ont lieu, il s'agit de mesurer les effets, de les documenter et de les communiquer. Il s'agit aussi d'encourager la recherche sur les prestations de soins et de multiplier la récolte de données qui informent sur le succès des soins fournis (p. ex. registres des maladies).
- › **Des processus déterminants pour la promotion des solutions préconisées sont actuellement en cours.** Si l'on veut faire jouer davantage la concurrence axée sur les besoins des patient-e-s, certains changements sont requis. Certains sont en cours actuellement en Suisse, où l'on travaille à une stratégie de la qualité, à la loi sur les professions de la santé, à la stratégie « cybersanté », à l'amélioration de la compensation des risques ainsi qu'à la multiplication des données relatives à la prise en charge des patient-e-s. La multiplication des remboursements forfaitaires par rapport aux rémunérations à la prestation constitue un élément clé de la stratégie « Santé 2020 », tout comme la révision des tarifs en vigueur, destinée à mettre en place les incitations qui favorisent une concurrence axée sur les besoins des patient-e-s. La stratégie « Santé 2020 » montre que le Conseil fédéral a reconnu à la fois les défis qu'il convient de relever en priorité et l'orientation générale à adopter. Désormais, il s'agira de les mettre en œuvre de manière systématique, en impliquant toutes les milieux impliqués.