

Indications concernant l'élaboration de cette feuille de route

Les personnes suivantes font partie du groupe de travail qui a élaboré la feuille de route à la demande de l'ASSM: Dr Hermann Amstad, ancien Secrétaire général ASSM, Bâle; Prof. Nikola Biller-Andorno, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Université de Zurich; Prof. Manuela Eicher, Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne et CHUV; Prof. Michael Gerfin, Volkswirtschaftliches Institut, Université de Berne; Prof. Kathrin Glatz, Institut für Pathologie, Hôpital universitaire de Bâle; Susanne Hochuli, Présidente OSP Organisation suisse des patients, Zurich; Prof. Samia Hurst, Institut Éthique Histoire Humanités, Université de Genève; Andrea Kern, MSc, collaboratrice scientifique ASSM, Berne; Prof. Daniel Scheidegger, Président ASSM, Berne; Dr Reto Schneider, Responsable développement, SWICA, Zurich; Dr Markus Zürcher, Secrétaire général ASSH, Berne.

Après un examen de la littérature et des discussions approfondies, le groupe de travail a rédigé un premier projet de texte qu'il a soumis à des auditions d'expertes et d'experts choisis (Prof. Thomas Gächter, Chaire de droit des assurances sociales, Université de Zurich; Dr Alan Niederer, journaliste NZZ, Zurich; Helena Zaugg, Présidente ASI-SBK, Berne; Prof. Heike Bischoff-Ferrari, Chaire de gériatrie et recherche sur le vieillissement, Université de Zurich; Dr Gérard Escher, EPFL, Lausanne; Michael Jordi, Secrétaire central CDS, Berne). D'autres expertes et experts ont pris position par écrit (Dr Heinz Locher, économiste de la santé, Berne; Dr Piet van Spijk, Président Forum Medizin und Philosophie, Lucerne; Prof. Arnaud Perrier, Clinique de médecine interne générale HUG, Genève; Charles Kleiber, ancien Secrétaire d'État à l'éducation et à la recherche, Lausanne; Philomena Colatrella, CEO CSS Assurance, Lucerne).

Sur la base de leurs remarques, une version finale a été rédigée puis soumise au Comité de direction de l'ASSM lors de sa séance du 17 septembre 2018 et approuvée.

Développement durable du système de santé

**Feuille de route de l'Académie Suisse
des Sciences Médicales (ASSM)**

Editrice

Académie Suisse des Sciences Médicales
Maison des Académies, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.assm.ch

Traduction

Dominique Nickel, Bern

Conception

Howald Fosco Biberstein, Basel

Photo de couverture

Adobe Stock – blobbotronic

Impression

Jordi AG, Belp
1^{er} tirage 2019 (300 F, 700 D)

Cette brochure peut être commandée gratuitement: order@samw.ch
La version anglaise est disponible en ligne sous www.assm.ch.



Copyright: ©2019 Académie Suisse des Sciences Médicales. Ceci est une publication Open Access, distribuée sous les termes de la licence Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Le contenu de cette publication peut donc être utilisé, distribué et reproduit sous toute forme sans restriction, à condition que l'auteur et la source soient cités de manière adéquate.

Recommandation pour citer le texte:

Académie Suisse des Sciences Médicales (2019)
Développement durable du système de santé.
Swiss Academies Communications 14 (2).

ISSN (print): 2297 - 1815

ISSN (online): 2297 - 1823

DOI: doi.org/10.5281/zenodo.2222811



ODD: Les objectifs internationaux de l'ONU en matière de développement durable. Avec cette publication, l'Académie Suisse des Sciences Médicales apporte une contribution à l'ODD 3: «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge»

sustainabledevelopment.un.org
www.eda.admin.ch/agenda2030 → Français → Agenda 2030
→ 17 objectifs de développement durable

Résumé	5
1 Le système de santé suisse en crise	7
1.1 Consommation élevée en ressources financières, humaines et naturelles	7
1.2 Les réformes se heurtent à des oppositions	9
2 Le développement durable du système de santé a besoin d'orientation	11
2.1 Le système de santé navigue à l'aveugle	11
2.2 Le concept du «Triple Aim» comme boussole	13
3 Les trois objectifs d'un système de santé durable	14
3.1 Objectif 1: une population en bonne santé	14
3.2 Objectif 2: une prise en charge individuelle de haute qualité pour chaque patiente et chaque patient	15
3.3 Objectif 3: une utilisation responsable des ressources financières, humaines et naturelles	17
4 Ouvrir la voie à un système de santé durable	18
4.1 Les acteurs du système de santé s'orientent selon le concept du «Triple Aim».	18
4.2 Les cantons se regroupent en quelques régions sanitaires.	19
4.3 La transmission des compétences en matière de santé débute dès l'enfance.	19
4.4 La Suisse connaît le besoin en professionnels de la santé et adapte le nombre de places d'étude en conséquence.	20
4.5 Les données requises pour l'assurance de la qualité et la recherche sur les services de santé sont disponibles.	21
4.6 Les interventions devenues inutiles sont retirées du catalogue des prestations.	21
4.7 Les nouveaux modèles de rémunération réduisent les incitations financières inopportunes.	22
4.8 La Confédération fixe un plafond pour l'augmentation des dépenses de santé.	23
5 Le système de santé du futur	24
5.1 Contexte	24
5.2 Structures	25
5.3 Processus	27
5.4 Fournisseurs de prestations	28
5.5 Assureurs maladie	29
5.6 Patientes et patients et assurés	29
5.7 Système d'incitation	30
6 Littérature	31
Annexe: Roadmap	33

Résumé

Ces dernières années, de nombreux projets de réformes du système de santé ont été amorcés. Toutefois, la plupart des initiatives ont suscité beaucoup de scepticisme et d'oppositions. Les principaux acteurs défendent des intérêts opposés et suivent par conséquent des trajectoires divergentes. Dans ce contexte, l'ASSM a décidé de rédiger une feuille de route, avec l'objectif de renforcer la prise de conscience de cette situation délicate et de proposer des solutions. Ce dont nous avons besoin, ce sont des réformes orientées vers des objectifs communs. Le «Triple Aim» propose une telle orientation pour le système de santé. L'idée de base de ce concept est de formuler des objectifs qui réunissent *la perspective de la santé publique, celle d'une médecine individuelle et celle de la durabilité*.

Les réformes sont d'autant plus urgentes que les coûts du système de santé suisse augmentent depuis des années. À l'évidence, les ressources financières, mais également humaines et naturelles requises par le système de santé dans sa structure actuelle, ne sont pas illimitées. La hausse des coûts n'est que le symptôme d'une contradiction profonde qui ronge notre système: les exigences en matière de santé sont illimitées alors que les ressources sont limitées.

Plus l'État devra investir de fonds dans le système de santé, moins il en disposera pour d'autres domaines. Si des restrictions devaient s'imposer dans les domaines de l'éducation, du social ou de l'environnement, cela entraînera à long terme une dégradation de l'état de santé de la population.

Le fait de couvrir les besoins en personnel avec des spécialistes étrangers n'est pas seulement problématique du point de vue de l'éthique, mais soulève également des incertitudes à long terme, en particulier si les conditions économiques des zones de recrutement devaient s'améliorer ou l'attractivité du marché de l'emploi suisse diminuer.

Basée sur ce concept, la feuille de route esquisse et explique huit mesures considérées comme pertinentes et nécessaires pour assurer la pérennité du système de santé:

1. Les acteurs du système de santé s'orientent selon le concept du «Triple Aim».
2. Les cantons se regroupent en quelques régions sanitaires.
3. La transmission des compétences en matière de santé débute dès l'enfance.
4. La Suisse connaît les besoins en professionnels de la santé et adapte le nombre de places d'étude en conséquence.
5. Les données requises pour l'assurance de la qualité et la recherche sur les services de santé sont disponibles.
6. Les interventions devenues inutiles sont retirées du catalogue des prestations.
7. Les nouveaux modèles de rémunération réduisent les incitations financières inopportunes.
8. La Confédération fixe un plafond pour l'augmentation des dépenses de santé.

Pour la médecine – en tant qu'élément central du système de santé – les «Goals of medicine» énoncés par le Hastings Center dans les années 90 gardent leur validité:

- la prévention des maladies et des blessures ainsi que la promotion et le maintien de la santé;
- le soulagement de la douleur et de la souffrance causées par les maladies;
- les soins et la guérison des malades et la prise en charge des malades incurables;
- l'évitement de la mort prématurée et la quête d'une mort paisible.

En s'inspirant des «Goals of Medicine», cette feuille de route souligne également que l'objectif des actes médicaux n'est pas forcément la «restitutio ad integrum» (c'est-à-dire la guérison sans séquelles restantes), mais le rétablissement de la capacité à mener une vie qui soit considérée comme sensée par la personne concernée.

La feuille de route s'adresse à tous les acteurs du système de santé, y compris aux patientes et patients: elle les invite tous à jeter un œil au-delà de leur propre horizon, à réaliser que la pérennité du système de santé est menacée en continuant dans cette voie et à adopter les mesures nécessaires.

Une première étape a d'ores et déjà été franchie: la «Roadmap» qui figure en annexe a été discutée, finalisée et approuvée par de nombreux acteurs du système de santé en janvier 2019.

1 Le système de santé suisse en crise

«Si nous continuons ainsi, nous allons droit dans le mur»: dans une interview pour le Bulletin des médecins suisses, le Président de l'ASSM avait employé des termes très forts, afin d'attirer l'attention sur la crise que connaît le système de santé [1]. De nouvelles solutions et des renoncements à divers niveaux seraient indispensables pour que le système de santé demeure fonctionnel à long terme. Où avons-nous échoué?

1.1 Consommation élevée en ressources financières, humaines et naturelles

Depuis 100 ans, l'espérance de vie de la population suisse a constamment augmenté et l'état de santé de la population s'est nettement amélioré. Ce progrès est souvent attribué en première ligne au progrès médical. On oublie toutefois que cette évolution positive est également due, dans une large mesure, à l'amélioration de la situation sanitaire, des conditions de travail, de l'alimentation et de l'éducation. En d'autres termes: l'état de santé de la population ne dépend pas uniquement du système de santé¹.

De nos jours, le système de santé réclame une part de plus en plus importante des ressources financières, humaines et naturelles à disposition. Bien que la «durabilité» soit une notion écologique et se rapporte initialement à la consommation de ressources naturelles, elle peut être transposée à la consommation d'autres ressources. Lorsque les ressources financières et humaines s'épuisent, le développement du système de santé et, par conséquent, sa capacité d'adaptation sont également limités.

Depuis des années, les coûts du système de santé suisse augmentent continuellement et dans une proportion supérieure à la moyenne des autres coûts; les dépenses de santé ont augmenté de 7.5 % du produit intérieur brut (PIB) en 1990 à 12.2 % en 2016 [3]. Ce constat ne serait pas préoccupant à lui seul. En revanche, les effets concomitants de cette augmentation des coûts sont problématiques:

1 Dans ce document, on entend par système de santé «l'ensemble des infrastructures et des mesures destinées à la promotion de la santé respectivement à la prévention des maladies, au diagnostic et au traitement de troubles de la santé, de maladies et de suites d'accident ainsi qu'à la réhabilitation» [2]. Outre l'État qui intervient avec entre autres des lois et des subventions, les assureurs maladie (en tant qu'organismes payeurs) ainsi que les professionnels de la santé (dans leur fonction de prestataires) font partie du système de santé.

- Dans l'intervalle, le montant des primes d'assurances maladie a atteint les limites financières de nombreuses personnes, et notamment des familles; le fait qu'un grand nombre de cantons ait gelé voire diminué les subsides de primes y contribue également. Il apparaît d'ores et déjà que certaines personnes renoncent à des consultations médicales nécessaires pour des raisons financières [4].
- Les cantons sont confrontés non seulement au problème grandissant des subsides de primes, mais également à l'augmentation des coûts hospitaliers. Les moyens supplémentaires investis dans le système de santé font défaut dans d'autres domaines (éducation, social ou infrastructure, par exemple).

Cette évolution est loin d'être enrayée; selon tous les pronostics, à l'avenir, les dépenses de santé augmenteront plus que le PIB – et l'utilité marginale diminuera en même temps: chaque franc supplémentaire investi ne rapportera plus qu'un bénéfice minimal.

La hausse des dépenses ressemble à une loi de la nature: personne ne veut en assumer la responsabilité. Dès lors, il n'est pas surprenant que les études internationales dénoncent régulièrement les lacunes de la gouvernance du système de santé suisse [5].

Les promesses de guérison exagérées ainsi que les faux espoirs diffusés par les médias et certains fournisseurs de prestations de santé (issus de plus en plus souvent de domaines non médicaux) et accueillis favorablement par les patientes et les patients, incitent à pratiquer des interventions supplémentaires parfois inutiles.

Les compétences insuffisantes de la population en matière de santé [6] contribuent également à accroître les attentes envers le système. Nombreux sont ceux qui ne sont plus en mesure d'identifier et de traiter eux-mêmes les maladies les plus banales. Par ailleurs, la tendance à médicaliser certains problèmes de société (tels que le stress à son lieu de travail, par exemple) s'amplifie.

En comparaison aux autres pays de l'OCDE, la densité des professionnels de la santé est élevée en Suisse [5]; celle-ci est toutefois principalement due au recrutement de professionnels de l'étranger. Cependant, cette immigration considérable ne permet de loin pas d'occuper tous les postes dans les différents secteurs du système de santé. Force est de constater par ailleurs que la formation de la relève est insuffisante en Suisse [7,8], tant par rapport au nombre actuel

des professionnels de la santé (notamment des médecins et des infirmiers) que comparé à d'autres pays. Qui plus est, le fait qu'un pays prospère soustraie des experts médicaux, qui ont bénéficié d'une formation onéreuse, à des pays qui en auraient eux-mêmes un besoin urgent pose un problème éthique [9].

Le système de santé emploie 6.7 % de la population; avec les quelque 280 hôpitaux et 1500 EMS, cela représente un volume qui a également des répercussions sur le domaine écologique, par exemple en termes de consommation d'énergie et d'eau, d'utilisation de matériel jetable ou de pollution de l'environnement.

Les ressources financières et humaines requises par le système de santé dans sa structure actuelle ne sont, à l'évidence, pas illimitées:

- Plus l'État devra investir de fonds dans le système de santé, moins il en disposera pour d'autres domaines. Des restrictions dans les secteurs de l'éducation, du social ou de l'environnement entraîneront à long terme une dégradation de l'état de santé de la population.
- Le fait de couvrir les besoins en personnel avec des spécialistes étrangers n'est pas seulement problématique du point de vue de l'éthique, mais soulève également des incertitudes à long terme, notamment si les conditions économiques des zones de recrutement devaient s'améliorer ou si l'attractivité du marché de l'emploi suisse diminuait.

1.2 Les réformes se heurtent à des oppositions

L'ASSM suit cette évolution avec beaucoup d'inquiétude. En 2012, elle a publié une feuille de route intitulée «Médecine durable» [10]; ce faisant, elle s'était alors inspirée d'un essai de Daniel Callahan, qui avait esquissé en 2004 [11] – en s'appuyant sur les «Goals of Medicine» du Hastings Center [12] – les éléments clés d'une «médecine durable». Callahan situait le problème majeur dans la conception occidentale du progrès, selon laquelle, dans le contexte de la médecine, aucune limite n'est fixée à l'amélioration de la santé, tant qu'elle sous-entend une diminution de la mortalité et le soulagement de tous les troubles de santé. À l'évidence, un tel progrès illimité ne peut être assuré avec des ressources financières limitées. En conséquence, il est nécessaire d'avoir une vision de la médecine qui soit limitée et qui ne tente pas d'avoir raison de l'âge, de la mort et de la maladie, mais qui permet à chacun d'éviter une mort prématurée et de mener une vie décente et non pas parfaite. Une médecine durable place la qualité de vie avant la durée de l'existence.

Néanmoins, il est rapidement apparu que non seulement la médecine, mais également le système de santé dans sa globalité (cf. à ce sujet la note de bas de page 1), est en crise. Face à cette situation, l'ASSM a publié en 2014 la roadmap «Un système de santé durable pour la Suisse» [13]. Suite à la publication de cette roadmap, des rencontres avaient été organisées avec les acteurs du système de santé et du système éducatif concernés par les mesures émises dans la feuille de route. En 2017, l'évaluation finale a montré que diverses mesures ont été mises en œuvre, mais que le but – un système de santé durable – n'était de loin pas encore atteint.

Entretemps, les voix se font entendre de plus en plus fort. Dans un document publié début 2018, Avenir Suisse parle d'un effondrement imminent du système [14]. Les distorsions des prix et leur opacité, les subventions croisées, le manque de synchronisation voire les contradictions entre les exigences des différents acteurs (Confédération, cantons, caisses maladie, hôpitaux, etc.) créent des effets pervers qui corrompent le système. Pour que le système de santé puisse, à l'avenir, remplir ses missions, les dispositions nécessaires doivent être prises dès aujourd'hui.

Certes, de nombreux projets de réforme ont été amorcés (entre autres la stratégie «Santé 2020» de la Confédération [15] et le rapport «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins» [16]); toutefois, la plupart des initiatives ont suscité beaucoup de scepticisme et d'oppositions.

Dans ce contexte, l'ASSM a décidé de rédiger une nouvelle feuille de route avec l'objectif de renforcer la prise de conscience des dangers liés à cette situation et de proposer des solutions. Niklas Luhmann [17] a formulé la thèse suivante qui mérite réflexion et qui a été démontrée à maintes reprises dans divers domaines de la société: les systèmes – comme l'est aussi le système de santé – sont autopoïétiques et autoréférentiels, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être réformés par un autre système (politique, économique, etc.). La question de savoir si cette thèse est exacte ou non reste ouverte. En revanche, il est évident que ces dernières années, les interventions basées sur une logique essentiellement politique ou économique n'ont pas obtenu le succès escompté. C'est pourquoi une revalorisation de la logique propre à la médecine, définie non seulement par un savoir-faire spécifique mais également par des valeurs et une éthique professionnelle spécifique, est pertinente.

Cette feuille de route entend montrer comment un système de santé durable devrait être conçu en prenant comme point de départ les objectifs inhérents à la médecine. Elle s'adresse à tous les acteurs du système de santé, y compris aux patientes et patients, et les invite tous à jeter un œil au-delà de leur propre domaine de compétence, à réaliser que la pérennité du système de santé est menacée en continuant dans cette voie, et à adopter les mesures nécessaires.

2 Le développement durable du système de santé a besoin d'orientation

2.1 Le système de santé navigue à l'aveugle

Dans leur rapport [5], l'OCDE et l'OMS décrivent l'absence de base de données comme le principal point faible du système de santé suisse: «The paucity of information on health inequities and quality of care makes it difficult to assess whether Switzerland receives value for money for its major financial investment in health care.» Ainsi, par exemple, nous ne savons pas à quelle fréquence certaines maladies et leurs différentes associations surviennent en Suisse, si elles sont diagnostiquées et traitées à temps et si les traitements sont coordonnés efficacement, de façon à éviter les actes en double pouvant comporter des risques et des coûts inutiles.

Cette situation est d'autant plus inquiétante que le système de santé est actuellement confronté à des enjeux majeurs, parmi lesquels l'évolution démographique, mais également les conséquences actuellement encore inconnues de la numérisation, du Big Data et de la médecine personnalisée, qui peuvent s'avérer aussi bien positives que négatives. Par ailleurs, le fait que des grandes sociétés IT telles que Google et Apple ou les EPF de Zurich et Lausanne commencent à s'engager dans le domaine de la santé peut avoir des effets disruptifs [18].

Néanmoins, le système de santé ne devrait pas uniquement s'orienter selon un besoin en mutation ou des tendances actuelles, d'autant plus que les conséquences en termes de coûts sont incertaines. Ce dont il a besoin, c'est d'un «système de coordonnées», respectivement d'objectifs, qui donne une orientation à son évolution à long terme.

Jusqu'à il y a une cinquantaine d'années, les objectifs implicites de la médecine («guérir et soulager lorsque la guérison n'est pas possible») étaient tellement évidents, qu'aucune différence n'était faite entre les objectifs de la médecine et ceux du système de santé.

Le besoin de préciser les objectifs de la médecine est apparu au moment où la médecine a commencé à se fragmenter et lorsque le progrès médical a conduit à des dérives telles que l'«acharnement thérapeutique»: la médecine mettait en œuvre toute la palette d'instruments à sa disposition quelle que soit la situation, même pour des patients mourants; l'objectif était de prolonger la vie à tout prix. En réaction à cette situation, le Hastings Center américain a formulé dans les années 90 les «Goals of Medicine» [12]:

- la prévention des maladies et des blessures ainsi que la promotion et le maintien de la santé;
- le soulagement de la douleur et de la souffrance causées par les maladies;
- les soins et la guérison des malades et la prise en charge des malades incurables;
- l'évitement de la mort prématurée et la quête d'une mort paisible.

L'ASSM avait, elle aussi, amorcé ce débat et lancé le projet «Nouvelle orientation de la médecine» en 1999 [19]. Dans sa feuille de route «Médecine durable» [10] publiée en 2012, elle a réaffirmé l'importance des «Goals of Medicine».

Depuis, la crise de la médecine est devenue la crise du système de santé, et le système de santé suisse semble désorienté. Certes, la Confédération a publié en 2013 la stratégie «Santé 2020» [15], document envers lequel les nombreux acteurs du système de santé ont manifesté un intérêt limité. Le même sort a été réservé au rapport publié en 2017 par un groupe d'experts qui présentait de nombreuses mesures intéressantes destinées à soulager l'assurance maladie obligatoire [16]. Les principaux acteurs défendent des intérêts opposés et suivent par conséquent des trajectoires divergentes. Dans ce contexte, seul le rejet du rapport des experts a recueilli l'unanimité.

Il importe à présent d'adopter de toute urgence des réformes orientées vers des objectifs communs («mission-oriented innovation»), telles que les Objectifs de développement durable (ODD) au niveau international [20]. Le concept du «Triple Aim», développé en 2007 par l'Institute for Health Care Improvement (IHI), propose une telle orientation pour le système de santé [21].

2.2 Le concept du «Triple Aim» comme boussole

L'idée de base du «Triple Aim» est de formuler, pour le système de santé, des objectifs qui réunissent la perspective de la santé publique, celle de la médecine individuelle, et celle de la durabilité [22]. Les trois objectifs sont les suivants:

1. Améliorer l'état de santé de la population;
2. Améliorer l'expérience du patient en matière de soins (y compris la qualité et la satisfaction);
3. Réduire le coût des soins de santé par habitant.

L'objectif général ne peut être atteint que si chacune des trois dimensions est satisfaite. Cela signifie qu'une intervention ou une structure médicale doit être considérée sous les aspects suivants: répond-elle à un problème de santé pertinent pour la population (ou s'agit-il d'un «service de luxe» superflu et induit par l'offre)? Contribue-t-elle au mieux-être du patient? Et, finalement, l'intervention permet-elle de diminuer les dépenses de santé? À titre d'exemple, les opérations assistées par des robots sont susceptibles d'augmenter la satisfaction des patientes et des patients; la preuve d'une meilleure qualité reste toutefois à établir. Ce type d'interventions n'améliore guère la santé de la population et ne réduit pas non plus les dépenses de santé.

L'indication de la mesure de la diminution des coûts doit être comprise dans le contexte américain, où les dépenses de santé ont atteint 18 % du PIB sans parvenir à couvrir les besoins en soins. Pour la Suisse, on peut envisager une adaptation de l'objectif dans le sens d'une maîtrise des dépenses de santé. Dans notre pays, les dépenses de santé s'élèvent entretemps à 12 % du PIB avec une part importante de dépenses privées; selon un rapport récent, 20 % de la population renoncent à des consultations médicales pour des raisons économiques [4]. Dans le même temps, au niveau politique, de grands efforts sont fournis pour réduire les coûts [16].

Dans ce contexte, le concept du «Triple Aim» est pertinent également pour la Suisse. L'avantage du concept est la prise en compte explicite du niveau de la population; ainsi le regard ne s'oriente pas uniquement vers la qualité de la prise en charge individuelle, mais également vers les questions de priorités et de distribution. Tôt ou tard, le système de santé suisse devra s'attacher à ces questions.

3 Les trois objectifs d'un système de santé durable

La feuille de route de l'ASSM «Médecine et économie – quel avenir?» [23] avait déjà mentionné le concept du «Triple Aim» qui visait l'intégration des objectifs médicaux et économiques. L'objectif global peut être compromis en l'absence d'une seule dimension. Cela n'implique pas toujours l'unanimité quant à la manière de définir et d'atteindre l'objectif global. Une réflexion continuelle et constructive est nécessaire, tant au niveau de l'ensemble du système de santé qu'au niveau des différentes structures qui contribuent à la réalisation de l'objectif. Ainsi, si en médecine une réflexion économique est souhaitable pour assurer la pérennité du système de santé, celle-ci ne doit toutefois pas être une menace pour la «bonne» pratique médicale.

En dépit des positions divergentes sur certaines questions, il peut être utile de se référer au concept du «Triple Aim» comme une vision partagée, dans le sens positif comme dans le sens négatif: quels sont, dans tous les cas, les éléments indispensables à la prise en charge des patients individuels ou de la population? Ou formulé de façon négative: quels éléments de la prise en charge médicale ne doivent en aucun cas faire défaut?

3.1 Objectif 1: une population en bonne santé

Contrairement à la médecine individuelle, qui se consacre à la santé de la personne, la santé publique s'occupe de la santé de la population dans son ensemble. Son objectif initial était de lutter contre les maladies infectieuses; avec le temps, la santé publique a évolué vers une compréhension globale de la manière dont les maladies apparaissent et se propagent dans des populations et comment elles peuvent être combattues.

La plupart des pays se font un devoir de veiller, d'une manière ou d'une autre, à la santé de leurs citoyennes et citoyens. Différents indicateurs permettent de décrire l'état de santé d'une population (par exemple l'espérance de vie moyenne, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, etc.). En règle générale, l'état de santé d'une population dépend de la prospérité d'un pays – à quelques exceptions près: ainsi, aux États-Unis (le pays dont les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées), la mortalité maternelle et infantile est plus élevée et l'espérance de vie plus faible que dans de nombreux autres pays avec des dépenses de santé nettement inférieures.

Du point de vue de la santé publique, toutes les interventions médicales individuelles ne sont pas judicieuses. Ainsi, par exemple, le recours non ciblé à des procédés de dépistage peut, dans le cadre individuel, permettre d'identifier une maladie à un stade précoce, alors que globalement, il produit trop de résultats faux positifs et des examens complémentaires inutiles, causant finalement plus de dommages que de bénéfiques. À l'inverse, grâce à des mesures de santé publique (par exemple prévention du tabagisme et de l'alcoolisme, sécurité routière et sécurité de l'emploi), le nombre de maladies et la mortalité ont diminué de manière substantielle.

Cet objectif est concrétisé par les objectifs secondaires suivants:

La prise en charge médicale est orientée selon le principe de la solidarité.

Toutes les patientes et tous les patients, donc également ceux qui sont issus de milieux sociaux défavorisés ou ceux atteints de maladies rares, ont droit à un accès aux soins conforme à leurs besoins. Les traitements onéreux devront toujours être pris en charge collectivement par la population par l'intermédiaire de l'assurance maladie obligatoire; les coûts sont répartis selon le principe de la solidarité. Au-delà, l'assurance complémentaire couvre des besoins non-fondamentaux (nice-to-have).

La population a des compétences élevées en matière de santé.

On entend par «compétences en matière de santé» le savoir, la motivation, mais aussi la capacité de la population, de groupes de population ou de personnes individuelles à trouver, à comprendre, à évaluer et à appliquer des informations concernant la santé. Ainsi, chacun peut se forger sa propre opinion, prendre ses décisions en matière de promotion de la santé, de prévention et de traitement des maladies et également agir pour les appliquer dans sa vie quotidienne ainsi que prendre conscience des conséquences financières de ses décisions.

3.2 Objectif 2: une prise en charge individuelle de haute qualité pour chaque patiente et chaque patient

Il va de soi que la perspective centrée sur l'individu est depuis toujours au cœur de la prise en charge médicale. Les «Goals of Medicine»[12] intègrent eux aussi cette approche: chaque patiente et chaque patient doit avoir la certitude que ses douleurs et ses souffrances seront soulagées, qu'il sera traité et soigné en cas de maladie, qu'il sera pris en charge en cas de maladie incurable et qu'il pourra mourir dignement. Les patients doivent, en outre, être certains de pouvoir

accéder aux soins et savoir que leurs priorités sont prises au sérieux. Pour la médecine – en tant que partie du système de santé – les «Goals of Medicine» sont des repères importants.

Le deuxième objectif du concept «Triple Aim» est concrétisé par les objectifs secondaires suivants:

Les attentes de la patiente et du patient sont au cœur de la prise en charge.

Il est du devoir des professionnels de la santé de définir, avec les patientes et les patients, la meilleure approche individuelle en cas de maladie. Ce faisant, le but des actes médicaux n'est pas forcément la «restitutio ad integrum» (c'est-à-dire la guérison sans séquelles restantes), mais le rétablissement de la capacité à mener une vie qui soit considérée comme sensée par la personne concernée. Si des directives peuvent s'avérer utiles à cet égard, elles ne doivent toutefois pas servir de règles absolues. Dans tous les cas, des écarts justifiés par rapport aux directives doivent être possibles sans préjudice pour le patient, le médecin traitant ou l'institution de soins. Tout particulièrement l'option du renoncement à des mesures médicales devrait être discutée dans des comités médicaux ou lors des interactions entre le médecin et le patient.

Les personnes malades ont besoin d'être prises en charge dans un environnement sécurisé et un climat de confiance. La confiance naît en premier lieu de l'interaction directe entre les personnes. Dans des situations complexes (en particulier en cas de pronostic sans issue ou dans les dernières années de vie), une décision éclairée avec une prise de responsabilité mutuelle exige suffisamment de temps pour les interactions humaines ainsi que des compétences sociales de la part des professionnels de la santé.

La prise en charge médicale doit reposer sur des données scientifiques.

La qualité de la prise en charge médicale est élevée lorsqu'elle repose sur des bases scientifiques (en plus de l'orientation selon les besoins du patient et des possibilités créées par le contexte), c'est-à-dire lorsque l'efficacité et l'adéquation des interventions réalisées est prouvée. Les professionnels de la santé doivent disposer des compétences requises pour évaluer correctement les preuves scientifiques et poser correctement une indication pour une intervention, afin d'obtenir, avec les ressources à disposition, les meilleurs résultats possibles pour les patientes et les patients; de même, les données nécessaires en termes de recherche sur les services de santé doivent exister pour permettre la vérification

scientifique en continu de l'efficacité des moyens mis en œuvre. Les directives doivent préconiser de renoncer à une intervention lorsque celle-ci est nocive, inefficace ou trop peu efficace.

Par ailleurs, tous les résultats des études cliniques doivent être publiés, même s'ils sont négatifs (au moins dans des Open Access Repositories, si ce n'est dans des revues); ce n'est qu'ainsi que peuvent être évitées les publications sélectives de résultats favorables («publication bias») et donc une présentation irréaliste et exagérément positive de l'efficacité des nouveaux procédés diagnostiques ou thérapeutiques.

3.3 Objectif 3: une utilisation responsable des ressources financières, humaines et naturelles

Le principal problème du système de santé financé solidairement (c'est-à-dire du domaine couvert par l'assurance obligatoire des soins [AOS]) réside dans le fait que trop peu de personnes se comportent comme si les ressources étaient limitées; de plus, l'opacité des coûts et des prix, l'asymétrie des connaissances, la protection des malades contre les coûts du traitement par l'existence même de l'assurance maladie, ainsi qu'un marché souvent réglementé freinent les mécanismes économiques. Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle ces mécanismes seraient en mesure de maximiser le bien des patients, ou a fortiori de promouvoir un système de santé durable, est controversée. Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel des choses, tous les participants peuvent privilégier leurs propres intérêts, sans tenir compte des conséquences pour la société. Un tel système ne peut être durable.

Cet objectif est concrétisé par les objectifs secondaires suivants:

Le financement public du système de santé n'affecte pas les autres missions de l'État.

Actuellement, les cantons doivent assumer une part substantielle des frais hospitaliers. De même, en raison de l'augmentation constante des primes, les charges liées aux subsides augmentent sans cesse. Les budgets cantonaux étant fixes, l'augmentation constante des dépenses de santé implique automatiquement des économies dans d'autres domaines (par exemple formation, sécurité sociale), ce qui peut avoir des répercussions négatives sur l'état de santé de la population. En conséquence, les dépenses pour le système de santé doivent être limitées dans les mêmes proportions.

Les coûts de l'AOS sont présentés de manière transparente et les informations transmises de manière adéquate aux différents acteurs.

La transparence des coûts et des prix dans le domaine de l'AOS est une condition préalable au bon fonctionnement des mécanismes économiques; elle est également indispensable pour pouvoir contrôler les coûts des prestations fournies. Elle donne aux différents acteurs des informations claires sur les conséquences financières de leurs actes.

4 Ouvrir la voie à un système de santé durable

L'ASSM esquisse ci-après les mesures qui, de son point de vue, contribuent au développement durable du système de santé. Certaines de ces mesures figuraient déjà dans la feuille de route de l'ASSM «Médecine durable» [10] et restent tout à fait pertinentes et actuelles. Sans surprise, il comprend également de nombreuses mesures citées à plusieurs reprises dans le rapport du groupe d'experts déjà mentionné «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins» [16]. La coïncidence est à la fois fortuite – les deux organes ont travaillé indépendamment l'un de l'autre –, sans l'être vraiment: la plupart des mesures s'imposent en toute objectivité.

Dans une roadmap (en annexe), l'ASSM présente les différentes étapes ainsi que les institutions chargées de la mise en œuvre des mesures.

4.1 Les acteurs du système de santé s'orientent selon le concept du «Triple Aim».

Le concept du «Triple Aim» présente un cadre d'orientation idéal à chaque niveau du système de santé: au niveau local (hôpitaux, centres de soins), régional (régions sanitaires) et national. Les acteurs concernés définissent, pour leurs domaines respectifs et en dialoguant les uns avec les autres, de quelle manière ils souhaitent concrétiser le concept. Pour ce faire, ils se basent sur les expériences réalisées en d'autres endroits avec ce concept [22]. Pour les professionnels de la santé, les «Goals of Medicine» [12] sont des repères importants dans leur activité quotidienne avec les patientes et les patients.

4.2 Les cantons se regroupent en quelques régions sanitaires.

La gouvernance du système de santé suisse pose problème: du fait de la petite taille des structures existantes, une gestion appropriée est difficile, voire impossible. Compte tenu de sa tradition fédéraliste, une solution centralisée est exclue pour la Suisse. L'ASSM entrevoit une solution dans la création de quelques régions sanitaires. Au sein de ces régions, l'offre médicale pourrait être gérée beaucoup plus efficacement que ce qui est possible dans des cantons très différents. Idéalement, chaque région sanitaire comprend environ un million et demi d'habitants et est le siège d'un hôpital universitaire.

4.3 La transmission des compétences en matière de santé débute dès l'enfance.

Les compétences en matière de santé ne sont pas en premier lieu transmises par l'intermédiaire ou au sein du système de santé. Certes, les professionnels de la santé peuvent aider les patientes et les patients à prendre leurs décisions. Mais ces derniers devraient déjà disposer de compétences en matière de santé avant d'être confrontés au système de soins. Le système éducatif ainsi que des programmes simples de prévention et de promotion de la santé destinés aux enfants devraient être développés à l'aide d'instruments adéquats. En règle générale, les compétences en matière de santé dépendent du niveau d'instruction. Les enfants issus de familles avec un faible niveau de formation profiteraient tout particulièrement du développement d'une telle offre.

Les connaissances ne constituent, par ailleurs, qu'une partie des compétences en santé. La possibilité de faire un choix informé et libre en matière de santé ne dépend pas seulement de la compréhension des informations. Elle dépend aussi de la possibilité matérielle et de la facilité des choix concernés.

D'un côté, la numérisation et les possibilités de l'intelligence artificielle donnent au patient de nouveaux moyens de s'informer sur les mesures préventives et sur ses maladies; de l'autre côté, tant les profanes que les experts auront de plus en plus de difficultés à sélectionner, parmi l'énorme quantité d'informations à disposition – de qualité très inégale –, les informations pertinentes pour le patient individuel et son contexte, de les interpréter correctement ou d'en déduire des mesures appropriées à chacun. Les professionnels de la santé seront, de ce fait, de plus en plus sollicités comme conseillers.

4.4 La Suisse connaît le besoin en professionnels de la santé et adapte le nombre de places d'étude en conséquence.

Malgré l'affluence de professionnels de la santé étrangers, la Suisse peine à occuper tous les postes dans le domaine de la santé. Une amélioration des conditions de travail dans les pays d'origine pourrait aggraver soudainement et considérablement le manque de personnel. Il est impératif de repenser et de régler les responsabilités et les compétences dans le cadre du traitement médical des patients, également dans l'optique des nouvelles structures de soins telles que les «stations de santé» ou des nouvelles missions comme la «navigation» (cf. chapitres 5.2. et 5.4.). Les profils des différents professionnels de la santé seront alors redéfinis, ce dont il faudra tenir compte dans la formation prégraduée et postgraduée. De même, il importe de freiner la tendance à surcharger de plus en plus l'emploi du temps des médecins et des infirmiers dans les hôpitaux avec des tâches administratives, qui réduisent la part de leur travail au chevet des patients [24].

Actuellement, la Suisse forme à peine la moitié de ses futurs besoins en professionnels de la santé [25]. Diverses mesures adoptées par la Confédération ont d'ores et déjà permis d'augmenter le nombre de places d'étude, mais elles restent toutefois insuffisantes pour couvrir les besoins prévisionnels. Par ailleurs, il faut noter que le nombre de médecins spécialistes doit être orienté selon les besoins de la population et non pas selon les besoins des instituts de formation [8].

Des solutions doivent également être recherchées pour augmenter le nombre de places d'étude destinées aux infirmiers, et des emplois pour les personnes souhaitant reprendre une activité professionnelle doivent être créés. À cet égard se pose également la question du niveau de compétence requis pour répondre efficacement aux besoins croissants de soins, compte tenu de la complexité des prestations et des pathologies. Diverses études établissent un lien entre le niveau de formation du personnel infirmier et la sécurité des patients en milieu hospitalier [26].

Les modèles de soins qui intègrent l'«Advanced Nursing Practice» présentent, en outre, de meilleurs résultats pour les patients et pour la population ainsi qu'au regard des paramètres d'économie de la santé. Dès lors, il est pertinent de promouvoir la formation d'«Advanced Practice Nurses» (APNs), de faciliter leur intégration dans le système de santé suisse par des adaptations de la loi et de rendre ainsi leur profession plus attrayante.

4.5 Les données requises pour l'assurance de la qualité et la recherche sur les services de santé sont disponibles.

Le système de santé a besoin de «données pour agir» [27]. Les données pertinentes des patients doivent être systématiquement collectées et mises à la disposition du contrôle de la qualité et de la recherche sur les services de santé. Le dossier électronique du patient revêt à cet égard une importance capitale. Il importe de revenir le plus rapidement possible sur le caractère doublement facultatif du dossier électronique du patient (pour les fournisseurs de prestations ambulatoires et pour les patients, ce qui avait du sens au moment de son introduction). Ceux qui souhaitent profiter de l'assurance maladie solidaire – qu'ils soient patients ou médecins – devraient également être tenus de mettre les données obtenues à disposition. Il va de soi que la garantie de la protection et de la sécurité des données est une condition nécessaire à la mise en œuvre d'une telle mesure.

En même temps, il faut renoncer à la saisie de données uniquement collectées et non évaluées.

4.6 Les interventions devenues inutiles sont retirées du catalogue des prestations.

Le catalogue des prestations est constamment élargi à de nouvelles interventions qui s'avèrent plus efficaces, plus adéquates ou plus économiques que les interventions usuelles. Mais ce n'est que rarement que l'une ou l'autre intervention ancienne est retirée. Dès lors, le catalogue compte de plus en plus d'interventions et de traitements qui, sur la base des preuves scientifiques, sont dépassées, mais toujours appliquées.

Le Health Technology Assessment (HTA) est l'approche adéquate pour vérifier la conformité des interventions médicales aux critères EAE (efficaces, appropriés et économiques) et, le cas échéant, les inclure à la liste négative du catalogue de prestations. Les activités de la Confédération dans ce domaine et celles du Swiss Medical Board doivent être intensifiées.

Les listes «smarter medicine» respectivement «Choosing Wisely» constituent un moyen supplémentaire d'attirer l'attention des prestataires de soins sur les interventions obsolètes. Celles-ci devraient être utilisées et développées par tous les professionnels de la santé.

Il importe, en outre, de créer des possibilités de soutien pour les projets de recherche qui respectent les buts, les missions et les limites de la médecine et qui promettent un impact important sur la santé de la population, mais qui restent peu attrayants pour l'industrie.

4.7 Les nouveaux modèles de rémunération réduisent les incitations financières inopportunes.

La loi sur l'assurance maladie permet, en principe, de vérifier et de garantir le choix adéquat des interventions médicales. Les personnes concernées semblent toutefois peu motivées à s'engager dans ce sens.

Des systèmes d'incitation permettant d'éviter aussi bien la sous-médicalisation que la sur-médicalisation doivent être instaurés. Pour ce faire, le système de rémunération doit être orienté vers la qualité, l'efficacité, l'équité dans la distribution des ressources et l'économicité des coûts globaux, et tenir compte des nouvelles répartitions des compétences et des tâches.

Grâce à l'«article relatif aux projets pilotes» prévu dans la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), il sera possible de tester – dans un premier temps à petite échelle – des modèles novateurs ayant d'ores et déjà fait leurs preuves à l'étranger, tel que, par exemple, la «value-based insurance»: les assurances ont la possibilité de refuser le remboursement de traitements dont la faible valeur, voire l'absence de valeur, est prouvée, ou de ne rembourser les frais de traitements que si ceux-ci ont amélioré l'état de santé du patient (pay for performance). Les patientes et les patients qui insistent pour bénéficier de tels traitements devront assumer eux-mêmes une part plus élevée, voire la totalité des frais. Cela exige un système de classification des traitements ainsi qu'un dialogue renforcé entre le patient et le médecin permettant au patient d'avoir une information objective sur le bénéfice d'un traitement. Les États-Unis, par exemple, disposent d'ores et déjà de tels systèmes de classification. Des solutions acceptables ne pourront probablement être trouvées que sur une base «opt in» volontaire selon la devise «Je choisis une offre qui privilégie les prestations médicales sur la base du 'Choosing Wisely' et qui adapte le prix en conséquence».

L'introduction du système des forfaits par cas (DRG) ne semble pas avoir freiné la hausse des coûts, parce que les tarifs de base («base rate») ont été constamment adaptés, permettant ainsi une représentation du statu quo sans relation avec les coûts. Concernant cette mesure, Avenir Suisse a formulé des propositions intéressantes dans son rapport [14]:

- Plus de transparence en matière de subventions: le processus d'attribution des prestations dites d'intérêt général doit être plus transparent et plus équitable, que ce soit par le biais d'appels d'offres ou par l'aval explicite du parlement cantonal.
- Implication active des patientes et des patients: ceux-ci – en tant que clients finaux – doivent avoir leur mot à dire.
- Suppression des listes hospitalières cantonales: des normes de qualité valables dans toute la Suisse doivent remplacer les listes hospitalières cantonales.

4.8 La Confédération fixe un plafond pour l'augmentation des dépenses de santé.

Comme première et principale mesure, le rapport du groupe d'experts mandatés par la Confédération propose l'«instauration d'un plafond contraignant pour l'augmentation des coûts de l'AOS» [15]. L'ASSM considère qu'une telle mesure peut être évitée en appliquant systématiquement le concept du «Triple Aim». Si, toutefois, le concept n'est pas appliqué, un plafonnement des dépenses de santé de l'AOS (respectivement de l'augmentation des dépenses de santé), tel qu'il existe dans d'autres pays, est la mesure de dernier recours pour faire face aux multiples enjeux: d'autres postes des budgets cantonaux sont ainsi protégés; tous les protagonistes tirent profit de la transparence pour une répartition adéquate des coûts; il faut moins (ou pas du tout) s'occuper de petits ajustements dans le TARMED, les DRG, les franchises, etc. De nombreux effets pervers sont apparus justement parce que ces mesures partielles étaient faciles à contourner, aucune limite supérieure n'ayant été imposée aux acteurs.

L'ASSM est consciente des peurs liées à l'introduction d'un plafonnement des coûts et réalise à quel point ce projet est ambitieux. L'introduction d'un tel plafonnement est une mesure au niveau macro qui se répercute également au niveau micro, c'est-à-dire au niveau des fournisseurs de prestations. En même temps, l'ASSM est convaincue que cette pression extérieure est nécessaire pour amorcer les réformes.

Il va de soi qu'avant l'introduction d'un plafonnement des coûts, il importe d'instaurer des règles pour l'allocation et la hiérarchisation des fonds en impliquant toutes les parties prenantes. Dans son rapport, le groupe d'experts a souligné l'importance d'un discours démocratiquement légitimé et d'une approche itérative qui offrent aux partenaires une réelle chance de définir eux-mêmes les règles. Il ne peut s'agir d'objectifs annuels, mais d'objectifs sur une période de plusieurs années. Dans l'immédiat, l'état des données doit être amélioré, tout particulièrement dans le secteur ambulatoire.

Par ailleurs, il faut garantir que les conséquences indésirables (par exemple l'augmentation quantitative; la réduction du nombre d'interventions nécessaires mais peu rentables et l'augmentation du nombre d'interventions inutiles mais rentables) soient rapidement identifiées et corrigées. Dans ce contexte, la recherche sur les services de santé revêt une importance capitale; dès lors, il serait utile d'instaurer une base légale pour établir et soutenir cette recherche. La recherche visant à développer des moyens pour obtenir les mêmes objectifs de santé à moindres frais doit, elle aussi, être activement encouragée.

5 Le système de santé du futur

Lors d'un workshop, le groupe de travail de l'ASSM s'est livré à une réflexion approfondie sur les éléments indispensables à un système de santé durable. La description ci-après contient des éléments permettant de mettre en lumière les domaines dans lesquels le groupe de travail a identifié un potentiel d'amélioration par rapport à la situation actuelle:

- L'activité médicale s'oriente au niveau supérieur au concept du «Triple Aim» et au niveau individuel aux préférences et aux expériences des patients.
- Le système de santé est divisé en quelques régions sanitaires.
- Les soins de santé communautaires se déroulent dans des «stations de santé»; au besoin, des modèles de navigation sont à la disposition du patient.
- Les données nécessaires sont rapidement disponibles.

5.1 Contexte

Le système d'éducation, le système social, le monde du travail, une infrastructure bien établie et bien entretenue ainsi que la protection de l'environnement sont des facteurs qui contribuent dans une large mesure à la santé et au maintien

de la santé des individus. De même, la prévention et la promotion de la santé occupent une place prépondérante et contribuent également à la bonne santé de la population.

Lorsqu'une personne tombe malade, elle a recours au système de santé. Celui-ci est basé sur le principe de la solidarité et permet à toutes les patientes et à tous les patients un accès aux prestations de santé nécessaires et conformes à leurs besoins. Le système de santé s'oriente d'une part selon des objectifs supérieurs («Triple Aim») et d'autre part selon les objectifs de la patiente ou du patient individuel.

Une recherche efficace sur les services de santé assure les conditions nécessaires à une prise en charge médicale adéquate, permet d'identifier les incitations inopportunes et les conflits d'intérêt et esquisse des mesures pour améliorer la qualité et l'efficacité. Les coûts des prestations médicales sont présentés de manière transparente. Les nouvelles approches thérapeutiques et les prestations de santé doivent non seulement démontrer leur efficacité, mais également leur utilité par rapport aux coûts. L'intégration de nouvelles interventions dans le catalogue des prestations implique que les anciennes interventions devenues inutiles en soient retirées.

5.2 Structures

Les structures doivent s'orienter selon la tendance générale de l'évolution démographique et des migrations. La population a accès à une prise en charge ambulatoire proche du domicile et à une médecine stationnaire facilement accessible ainsi qu'à des prestations médicales de pointe dans les centres universitaires; toutes les couches sociales doivent bénéficier d'une information adéquate. À cet égard, le principe de subsidiarité doit être observé:

- Lorsque cela est possible, le patient se *soigne lui-même*.
- Les problèmes de santé courants, à soigner au niveau ambulatoire, sont traités dans des *stations de santé*; celles-ci sont chargées de la «médecine ambulatoire courante». Une station de santé propose, en principe, les prestations suivantes: médecine générale interne, gynécologie, pédiatrie, psychiatrie; pharmacie; physiothérapie; réhabilitation ambulatoire; conseils aux mères et aux pères; soins à domicile; service social, Pro Senectute et service de transports. Une station de santé s'occupe d'environ 20'000 patientes et patients.

- *Les hôpitaux régionaux publics et privés* couvrent la «médecine stationnaire courante»; leur secteur englobe environ 300'000 patientes et patients.
- *Les hôpitaux universitaires* se concentrent, d'une part, sur les «maladies rares» et assurent, d'autre part, la «médecine de pointe». Chaque région sanitaire comprend un hôpital universitaire et maintient la possibilité pour tous les habitants de la région d'être soignés dans la langue de leur canton de domicile.

Les résidences pour personnes âgées et les établissements médico-sociaux revêtent, eux aussi, une importance majeure. Ils font partie intégrante du système et interviennent déjà dans le domaine social: pour permettre aux personnes de vivre aussi longtemps que possible en-dehors du système de santé, des systèmes de prise en charge et des logements adaptés à une population vieillissante doivent être créés. La «Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health» [28] adoptée par la Suisse poursuit cet objectif (cf. www.ageingsociety.ch). Partant d'une compréhension fonctionnelle de la santé, la stratégie décrit quatre domaines d'action: 1) compréhension nuancée du vieillissement, 2) adaptation du système de santé aux besoins des personnes âgées, 3) développement de systèmes de soins de longue durée et 4) création d'environnements favorables aux personnes âgées. Ces quatre domaines sont importants pour assurer la pérennité du système de santé. Chez les personnes âgées, l'objectif visé ne peut pas être dans tous les cas le recouvrement total de la santé physique («restitutio ad integrum»), mais la stabilisation de la qualité de vie en interaction avec l'environnement. Les fonctions limitées peuvent être compensées grâce à différents instruments (également numériques), mais surtout par un agencement adéquat des logements et des quartiers. Cette exigence s'adresse donc non seulement au système de santé, mais également aux organes responsables de l'aménagement du territoire.

La stratégie souligne par ailleurs que le processus du vieillissement, loin d'être uniquement biologique, est principalement social: nous sommes vieux lorsque notre environnement change rapidement et que nous ne pouvons plus ni le reconnaître, ni le comprendre, ni le maîtriser. En conséquence, l'environnement doit être adapté aux besoins d'une population vieillissante. Des offres doivent être développées pour couvrir tout l'éventail des besoins, depuis le logement pour personne âgée avec ou sans prise en charge jusqu'aux institutions de soins.

5.3 Processus

Le système de santé doit être facile d'accès: conseils par téléphone et applications de santé ainsi que des modèles de prise en charge proches du domicile destinés aux groupes de patients vulnérables; souvent, les cas bénins peuvent être réglés ainsi de manière satisfaisante. Au besoin, le patient est transféré dans une station de santé ou – dans des cas plus sérieux – dans un hôpital régional. La prestation est fournie dans le cadre d'une prise en charge intégrée. Le service des urgences est assuré dans les hôpitaux régionaux, par les collaboratrices et les collaborateurs des stations de santé.

Toutes les décisions concernant des interventions médicales (diagnostic, traitement, réhabilitation) sont orientées selon les besoins de la patiente ou du patient et sont basées sur des preuves scientifiques. Il appartient au professionnel de la santé compétent de définir, au moyen d'une évaluation bio-psycho-sociale, les besoins et les objectifs d'un patient qui recherche une aide. Ce faisant, les objectifs supérieurs fixent le cadre du soutien que le patient peut attendre.

La compréhension individualisée de la santé qui en résulte dépasse le cadre de la biologie et doit être continuellement réévaluée dans le dialogue entre le professionnel de la santé et le patient. La capacité d'autoréflexion de la personne malade, la compétence des professionnels de la santé en matière de communication, le temps adéquat accordé aux dialogues répétés et la continuité des relations basées sur la confiance entre patients et soignants en sont d'autant plus importants.

En fonction des objectifs fixés, il est nécessaire de définir différents parcours de soins (dans certaines situations le «renoncement à un traitement» peut s'avérer judicieux) ainsi que des niveaux «échelonnés» dans la prise en charge, depuis la médecine ambulatoire jusqu'à la médecine hautement spécialisée. Les fournisseurs de prestations doivent toujours indiquer aux patients les possibles alternatives au traitement proposé; celles-ci doivent être consignées dans le dossier du patient. De plus, les patients doivent avoir la possibilité de rechercher un deuxième avis. En fin de vie, dans la mesure du possible et si le patient le souhaite, il doit pouvoir mourir à son domicile ou dans un cadre digne au sein du système de santé.

La collaboration interprofessionnelle améliore la qualité de la prise en charge et permet d'utiliser efficacement les ressources. En cas de maladie complexe, un comité médical – à l'instar des «tumorboards» – discute et décide du traitement adéquat. De tels forums n'amènent toutefois des résultats que lorsqu'au moins un de ses membres connaît suffisamment la personne concernée et ses attentes en matière de santé.

Les données des patients sont systématiquement saisies et sont disponibles (dans le respect de normes rigoureuses concernant la protection et la sécurité des données), tant pour le traitement que pour la recherche. Toutes les informations et les décisions peuvent être consultées au même endroit (dossier électronique du patient). Cela permet, d'une part, de prendre en compte les expériences et les préférences du patient (par exemple mourir chez soi) et apporte, d'autre part, plus de transparence dans le système de santé, créant ainsi un effet de retour permanent: les besoins et les attentes des patientes et des patients retournent à la société.

Ni les objectifs supérieurs ni les objectifs individuels ne devraient être perdus de vue pendant tout le processus de soins. Tant les patientes et les patients que les fournisseurs de prestations doivent être conscients que «plus» ne signifie pas dans tous les cas «mieux». Dans la prise en charge de malades chroniques ou de patients multimorbides, il importe de veiller à ce que chaque maladie ne soit pas abordée isolément par le spécialiste compétent, mais de garder à l'œil l'objectif supérieur, c'est-à-dire de soutenir le malade pour lui permettre d'être en phase avec lui-même, de gérer sa maladie et ses conséquences au quotidien, pour finalement pouvoir faire ce qui lui semble important dans sa vie.

5.4 Fournisseurs de prestations

Les fournisseurs de prestations sont des professionnels de la santé qualifiés qui disposent des compétences sociales et du temps nécessaires à l'interaction avec les patientes et les patients qui leur sont confiés, qui ont une compréhension interprofessionnelle des rôles et qui veillent à l'utilisation pertinente des moyens mis à la disposition du système de santé.

Afin de permettre à la population suisse de s'orienter au sein du système de santé, des «navigatrices» ou des «navigateurs» gèrent l'accès aux prestations de soins, qu'il s'agisse d'exams de dépistage destinés à des personnes en bonne santé ou de l'accompagnement des patients tout au long de l'itinéraire thérapeutique. Ces «navigateurs» connaissent le système de santé, entretiennent

une relation étroite avec le patient et peuvent discuter avec lui des diagnostics et des options thérapeutiques. Même si le médecin de famille fait figure de référence, le rôle du navigateur n'est pas nécessairement lié à un médecin. Selon le domaine d'activité, des profanes ou des assistants sociaux ayant bénéficié d'une formation peuvent assumer des fonctions de navigateur s'agissant de prestations de promotion de la santé. Le recours à du personnel infirmier qualifié (Advanced Practice Nurses ou infirmiers spécialisés) donne des résultats positifs dans la navigation de malades chroniques [29].

Parmi les nouveaux modèles de soins interprofessionnels et efficaces, tout particulièrement ceux qui emploient des Advanced Practice Nurses (APN) dans les soins aigus, primaires et de longue durée devraient être établis. De tels modèles assurent la viabilité économique des systèmes de santé en réduisant le nombre d'admissions dans les hôpitaux et les services des urgences, en raccourcissant les séjours hospitaliers et en permettant un recours aux prestations de santé moins onéreux et plus conformes aux besoins. En plus des économies réalisées, on constate que la prise en charge par des APN contribue à une meilleure santé et une satisfaction plus élevée des patients, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de groupes de populations vulnérables [30].

5.5 Assureurs maladie

Grâce à l'«article relatif aux projets pilotes» dans la LAMal, il est possible de tester, dans un premier temps à petite échelle, des nouveaux modèles ayant déjà fait leurs preuves à l'étranger.

5.6 Patientes et patients et assurés

La population a une compétence élevée en matière de santé, cela signifie que les personnes en bonne santé et les malades sont capables de se mouvoir au sein du système de santé, qu'ils participent aux décisions et qu'ils sont conscients des conséquences financières de leurs décisions. Fondamentalement, l'autonomie du patient est un droit-liberté et non pas un droit-créance. Après avoir été informés, les patientes et les patients peuvent décider de manière autodéterminée s'ils consentent ou s'opposent à un traitement proposé. Toutefois, ils n'ont pas le droit d'exiger que des examens ou des mesures thérapeutiques qui ne sont pas indiqués soient effectués.

Les personnes, tant malades qu'en bonne santé, disposent des informations et des moyens d'agir pour la promotion de leur propre santé. Grâce à des mesures éducatives, elles sont capables de sélectionner les informations pertinentes parmi la quantité croissante d'informations, de les interpréter correctement et de les exploiter de manière optimale. L'énorme potentiel des analyses de données et de l'intelligence artificielle destiné à l'amélioration de l'offre médicale doit être exploité avec circonspection et mesure à des fins adéquates. L'intelligence artificielle ne peut remplacer les projets de vie et les décisions autonomes. Mais, grâce à la mise à disposition d'informations pertinentes, elle peut soutenir des décisions éclairées.

Les payeurs de primes, les patientes et les patients ainsi que leurs proches disposent d'une organisation qui revêt une importance systémique – à l'instar des organisations du domaine de l'environnement. Cette organisation, apte à lancer des référendums et des initiatives, défend efficacement les intérêts de ses membres; elle doit être considérée comme un organe non négligeable de la politique de la santé et doit être prise au sérieux.

5.7 Système d'incitation

Les incitations financières inopportunes et les prix excessifs sont minimisés. Les mêmes règles de financement s'appliquent aux prestations stationnaires et aux prestations ambulatoires. Un financement uniforme permet de réduire les offres excédentaires.

La prise en charge ambulatoire s'effectue selon le modèle de soins intégrés. De nombreuses études ont démontré (également pour la Suisse) que, par rapport aux assurances standards avec libre choix du médecin, un tel modèle était plus rentable.

Pour chaque prestation médicale un prix est affiché, permettant ainsi une transparence au niveau des coûts et la prise de décisions adéquates. De même, les données concernant la qualité des prestations sont proposées et présentées de manière compréhensible.

6 Littérature

- [1] Scholer M.: «Wenn wir so weitermachen, fahren wir das System an die Wand.» Interview avec Daniel Scheidegger, Président de l'ASSM. Bulletin des médecins suisses 2017; 98: 495–7.
- [2] Gutzwiller F., Paccaud F.: **Das Schweizerische Gesundheitswesen: Struktur und Aufbau.** In: Gutzwiller F., Jeanneret O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health, Verlag Hans Huber, Bern 1996, S. 235.
- [3] Office fédéral de la statistique: **Entwicklung der Gesundheitsausgaben.** www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.assetdetail.4022099.html
- [4] Conseil fédéral: **Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins.** Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer du 22. 3. 2013 (13.3250 «Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales»). Berne 2017.
- [5] OECD/WHO: **OECD Reviews of Health Systems: Switzerland.** OECD Publishing 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en>
- [6] gfs.bern: «**Compétences en matière de santé: enquête 2015 auprès de la population.**» Étude mandatée par l'OFSP. Berne 2016.
- [7] Merçay C. et al.: **Personnel de santé en Suisse. État des lieux et projections à l'horizon 2030.** Obsan Rapport 71. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel 2016.
- [8] ASSM: **Gouvernance de l'effectif et de la répartition des médecins.** Feuille de route. Berne 2017.
- [9] WHO. **The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel [Internet].** WHO. 2010 [cited 2016 May 11]. www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/
- [10] ASSM: **Médecine durable.** Feuille de route, Bâle 2012.
- [11] Callahan D.: **Sustainable Medicine.** Project Syndicate, January 2004 www.project-syndicate.org/commentary/sustainable-medicine?barrier=accesspaylog
- [12] Hastings Center (Hrsg.): **The Goals of Medicine. Setting New Priorities.** Hastings Center Report 1996.
- [13] ASSM/Académies suisses des sciences: **Un système de santé durable pour la Suisse.** Roadmap. Bâle/Berne 2013.
- [14] Cosandey J. et al.: **Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönigeist».** Avenir Suisse, Zürich 2018.
- [15] Département fédéral de l'Intérieur. **Santé 2020.** Les priorités du Conseil fédéral en matière de politique de la santé. Berne, 2013.
- [16] Diener V. et al. (groupe d'experts): **Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins.** Berne, 2017 www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-leistungen/Kostendaempfung/kostendaempfungsmassnahmen-bericht-expertengruppe-24082017.pdf
- [17] Luhmann N.: **Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1987.
- [18] Sigrist S. et al. Think Tank W.I.R.E. (Hrsg.): **Hacking Healthcare. Das Gesundheitssystem verstehen und weiterdenken.** Verlag NZZ, Zürich 2015.
- [19] Stauffacher W., Bircher J.: **Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin».** Schwabe-Verlag, Basel 2002.
- [20] United Nations General Assembly: **Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development.** New York 2015.
- [21] www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx

- [22] Whittington J. W. et al: **Pursuing the Triple Aim: The first seven years.** *Milbank Quarterly*, 2015; 93: 263–300.
- [23] ASSM: **Médecine et économie – quel avenir? Feuille de route.** *Swiss Academies Communications* 2014; 9: Nr. 4.
- [24] Meyer B. et al.: **Administrativer Aufwand für Ärzte steigt weiter an.** *Schweiz. Ärztezeitung* 2016; 97: 6–8.
- [25] OFSP, GDK und OdA Santé (Hrsg.): **Rapport national 2016. Besoins en effectifs dans les professions de la santé. Besoins de relève et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national.** Berne 2016.
- [26] Aiken L. et al.: **Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study.** *Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- [27] Probst-Hensch N. et al.: **Le système de santé a besoin de données pour agir.** *Bulletin ASSM* 2013; Nr. 3: 1–4.
- [28] WHO (Hrsg.): **Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health.** Genève 2017.
- [29] McBrien K. et al.: **Patient navigators for people with chronic disease: A systematic review.** *PLOS One* 13(2), 2018.
- [30] Newhouse R. P. et al.: **Advanced Practice Nurse outcomes 1990–2008: A systematic review.** *Nursing Economic* 2011; 29 (5): 230–51.

Annexe: Roadmap

La feuille de route esquisse et expose huit mesures considérées par l'ASSM comme pertinentes et nécessaires au développement durable du système de santé suisse. La présente roadmap présente les différentes étapes du projet et les personnes ou les organisations chargées de les mettre en œuvre. Ce faisant, il importe d'observer les points suivants:

- Le nombre d'actions découlant des mesures listées ci-après étant très élevé, la roadmap ne cite que celles dont la mise en œuvre peut être, directement ou indirectement, influencée par l'ASSM. Cela ne signifie pas que d'autres actions sont moins importantes.
- Tous les acteurs du système de santé sont invités à définir et à mettre en œuvre les actions qu'ils jugent importantes et qui soutiennent l'implémentation du concept du «Triple Aim».
- Compte tenu de la dynamique du système de santé, les délais ont été volontairement fixés à court terme.
- Pour toutes les mesures, une recherche menée en parallèle (au sens du «Learning Health System») est indiquée; c'est le seul moyen de démontrer si la mesure en question est utile et de quelle manière

1. Les acteurs du système de santé s'orientent selon le concept du «Triple Aim».

Quand?	Quoi?	Qui?
2019	Élaboration d'une publication qui présente et explique, à l'aide d'exemples, le concept du «Triple Aim»	→ ASSM
2020	Organisation d'un colloque pour présenter et expliquer, à l'aide d'exemples, le concept du «Triple Aim» aux principaux acteurs	→ ASSM
	Lancement de projets pilotes «Triple Aim» dans différents types de structures (hôpitaux, cabinets de praticiens individuels ou en groupes, régions sanitaires)	→ Cantons; H+ et/ou hôpitaux; Réseaux de médecins; Union des villes et association des communes
	Proposition pour l'élaboration d'une loi fédérale sur la santé	→ ASSM
	Recrutement de «visionary leaders» comme membres individuels du Sénat	→ ASSM
À partir de 2021	Colloque annuel pour la présentation de modèles de «Best Practice» dans la mise en œuvre du concept du «Triple Aim»	→ ASSM
2023	Projet d'une loi fédérale sur la santé	→ Conseil fédéral

2. Les cantons se regroupent en quelques régions sanitaires.

Quand?	Quoi?	Qui?
2020	Mandat pour une étude qui présente les associations supracantonales existantes dans le domaine de la santé et qui clarifie les questions juridiques et organisationnelles	→ ASSM
2021	Réalisation d'«expériences» dans une région sanitaire	→ Cantons; Assurances maladies

3. La transmission des compétences en matière de santé débute dès l'enfance.

Quand?	Quoi?	Qui?
2019	Adhésion à l'«Alliance Compétences en santé»	→ ASSM; Autres acteurs
	Échange entre les principaux acteurs	→ Alliance Compétences en santé
2020	Identification de «Best Practices» dans les différents settings (structures d'accueil de l'enfance, écoles, associations de jeunes, formation)	→ Alliance Compétences en santé
	Conception d'un projet pilote en collaboration avec un canton	→ Alliance Compétences en santé; Careum; Canton
	Élaboration d'outils probants destinés aux patients et aux professionnels	→ Swiss Medical Board; Association de soutien de smarter medicine

4. La Suisse connaît le besoin en professionnels de la santé et adapte le nombre de places d'étude en conséquence.

Quand?	Quoi?	Qui?
2020	Création d'un comité de pilotage national pour la formation des professionnels de la santé (cf. feuille de route de l'ASSM ainsi que la plate-forme «Avenir de la formation médicale»)	→ OFSP
	Soutien financier des modèles innovants de prise en charge en phase de lancement	→ Cantons, le cas échéant en collaboration avec d'autres partenaires
2021	Définition d'incitations financières et autres, positives et négatives, pour pallier la mauvaise répartition géographique et professionnelle	→ Cantons

5. Les données requises pour l'assurance de la qualité et la recherche sur les services de santé sont disponibles.

Quand?	Quoi?	Qui?
2020	Élaboration de propositions pour le financement à long terme de la recherche sur les services de santé	→ ASSM
	Vérification de la pertinence des conditions cadres de la gestion des données du Swiss Personalized Health Network (SPHN) pour le dossier électronique du patient (DEP)	→ ASSM
2022	Vérification de la possibilité d'élaborer des bases juridiques dans une éventuelle future loi fédérale sur la santé (cf. mesure 1) <ul style="list-style-type: none"> - pour le financement de la recherche sur les services de santé - pour l'utilisation des données de santé (y compris les données de la LAMal) - pour la création d'un Trust-Center qui prépare et gère les données de santé pour la recherche sur la santé et les services de santé, conformément à la loi 	→ Conseil fédéral
	Adaptation de la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques en vue de l'instauration de registres supplémentaires	→ Parlement
2023	Révision de la loi fédérale sur le dossier électronique de patient (LDEP): suppression du «caractère doublement facultatif»; standardisation des données (→ utilité pour les registres et pour l'assurance de la qualité)	→ Parlement

6. Les interventions devenues inutiles sont retirées du catalogue des prestations.

Quand?	Quoi?	Qui?
2019	Publication de rapports HTA	→ OFSP; Swiss Medical Board
2020	Simplification de la procédure pour le retrait d'interventions du catalogue des prestations	→ OFSP
	Augmentation de la cadence de publication des rapports HTA	→ OFSP
	Traitement des résultats des rapports HTA à l'attention des professionnels et des patients	→ Swiss Medical Board
2022	Les recommandations des listes «smarter medicine» ont des répercussions (cela signifie qu'elles peuvent mener au retrait de l'intervention en question du catalogue des prestations).	→ OFSP

7. Les nouveaux modèles de rémunération réduisent les incitations financières inopportunes.

Quand?	Quoi?	Qui?
2020	Présentation des différents modèles de prise en charge intégrée	→ fmc
	Lancement de projets pilotes avec de nouveaux modèles de remboursement permettant de réduire les incitations erronées inhérentes à la structure tarifaire actuelle (Tarmed, DRG)	→ Partenaires tarifaires
	Introduction du financement moniste dans le système de santé, dans le cadre d'une révision de la LAMal	→ Parlement
2021	Introduction de l'«article expérimental» dans le cadre d'une révision de la LAMal	→ Parlement
2022	Examination de la suppression du tarif à la prestation	→ DFI

8. La Confédération fixe un plafond pour l'augmentation des dépenses de santé.

Quand?	Quoi?	Qui?
2020	Élaboration de bases empiriques, juridiques et éthiques en vue de la définition éventuellement nécessaire d'une limite supérieure	→ OFSP

Le rapport du groupe d'experts concernant les «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins» a d'ores et déjà formulé des propositions pertinentes quant aux modalités et aux conditions d'application de cette mesure.

