

place au **dialogue**



Faire confiance?

En ligne de mire: les prestations obligatoires dans la LAMal

Rapport du contrôle parlementaire de l'administration

Tout dans l'apparence!

«Le système ne détecte pas les prestations, nouvelles ou existantes, sujettes à caution avec la cohérence et la rapidité nécessaires.»

À l'attention de la Commission de gestion du Conseil national, 21.8.2008

Sandra Schneider

Devoirs oubliés!

«La réévaluation de prestations déjà financées a été négligée jusqu'ici.»

Responsable Prestations, Office fédéral de la santé publique, Tages-Anzeiger, 17.12.2015

Werner Enz

Laisser-aller dans le système de santé

«Les garanties de prix telles qu'elles se reflètent dans le tarif médical TARMED invitent à sonder la capacité financière des caisses-maladie.»

Rédacteur NZZ, rubrique économique, 8.10.2016

Secrétariat général Département féd. de l'intérieur

Moins et mieux?

«Ces excès découlent principalement des incitations perverses.»

Communiqué de presse, 2.2.2016

Peer Teuwsen, Gordana Mijuk

Un bien ou un mal?

«Le dépistage régulier par mammographie permet d'éviter un décès pour 1000 femmes.»

NZZ du dimanche, 30.10.2016



Barbara Hayoz est membre
du conseil d'administration de
la CSS

Pris pour argent comptant?

Sommaire

- 4 **Les prestations obligatoires dans la LAMal**
Confiance rime avec courage. Mieux vaut un peu de contrôle.
- 7 **Point de vue**
Plaidoyer en faveur de la transparence
- 8 **Contexte**
Quel est le catalogue de prestations en Allemagne?
- 10 **On en parle**
«J'entrevois le danger que nous perdions la confiance»
- 14 **Pratique**
En médecine, moins peut aussi être plus
- 15 **Un autre regard**
Savoir se contenter pour être heureux
- 16 **Personnel**
Le maximum n'est pas toujours optimal
- 18 **Santé!**
Sauvez EAE!
- 19 **Science**
À quoi ressemblerait le catalogue des prestations objectif?

Devons-nous continuer à faire confiance? Avec cette question peut-être un peu hérétique, je fais allusion au principe de confiance du système de santé suisse. Ce principe sous-tend l'ensemble des traitements médicaux. Le législateur se fie au fait que seules les prestations qui montrent leur effet sont exécutées. L'aspect positif du principe de confiance est qu'il permet à la médecine d'appliquer les méthodes et innovations les plus récentes. Le côté négatif: souvent, les prescriptions médicales vont au-delà du simple nécessaire et les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité peuvent être gravement galvaudés.

De toute évidence, ce n'est pas ainsi que nous pourrions juguler la hausse des dépenses de santé et des primes. Donc rien d'étonnant à ce que le principe de confidentialité soit de plus en plus remis en question. Selon une étude réalisée par Interpharma, seulement 41% des personnes interrogées estiment que les médecins devraient décider seuls de la prise en charge d'un traitement par les assureurs-maladie sur la base de son rapport coût-bénéfice. En 2011, elles étaient pourtant encore plus de 70% à le penser. Cette évolution montre clairement que la solidarité entre les assurés, sans doute la plus grande conquête de l'assurance-maladie, s'amenuise sans cesse. Se détourner de cette situation pourrait avoir des conséquences fatales.

Dans ce numéro, nous proposons des ébauches de solution pour préserver le principe de confidentialité sans toutefois ouvrir grandement la porte à la surmédicalisation.

Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Éditeur: CSS Assurance, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Lucerne, e-mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, rédacteurs en chef: Judith Dissler, Roland Hügi; collaboration rédactionnelle, production et graphisme: Infel Corporate Media, Claudia Sebald (texte) et Peter Kruppa (Art Director) | Crédit photos: Markus Bertschi, iStock/fpm, iStock/delectus, Keystone/Eddy Risch, mäd | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Impression: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Cette publication est entièrement financée avec des fonds provenant des affaires d'assurance complémentaire (LCA).



Quelles sont en Suisse les prestations à la charge de l'assurance de base en cas de maladie? Il y a deux réponses à cette question apparemment facile: une simple et une compliquée. Voici la réponse simple: toutes les prestations prescrites par un médecin autorisé sont en principe prises en charge.

Par Tilman Slembeck, docteur en sciences économiques

Confiance rime avec courage. Mieux vaut un peu de contrôle.

L'assurance obligatoire des soins prend généralement en charge tout ce qui a été prescrit par un médecin autorisé. Principe de confiance est le nom donné par notre loi sur l'assurance-maladie (art. 33, al. 1, LAMal), à cette règle très libérale et unique en comparaison de l'étranger. Elle confère aussi une responsabilité énorme aux médecins, tant par rapport à la question des prestations médicalement utiles et nécessaires dans le cas concret que du point de vue des coûts qui en résultent.

Jusque-là, tout va bien. Si l'on y regarde de plus près, la réponse se complique toutefois. La LAMal ne renferme pas simplement le principe de confiance. Elle exige aussi que les prestations soient efficaces, adéquates et économiques (art. 32 LAMal). Le plus souvent, la conformité des prestations aux critères EAE est acceptée tacitement selon le principe de confiance. Néanmoins, cela n'est pas toujours le cas.

Prestations contestées

Il peut d'une part arriver que certains fournisseurs de prestations facturent nettement plus de prestations que les collègues auxquels ils peuvent être comparés. En cas de soupçon d'une telle «surmédicalisation», les assureurs-maladie peuvent déclencher une procédure d'économie. Le fournisseur de prestations a alors la possibilité de motiver ses coûts excessifs, p. ex. au moyen de la composition de la population de patients effective.

D'autre part, un assureur, un prestataire ou l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) peut poser la question générale de la conformité des prestations aux critères EAE. Si des doutes sont émis lors du contrôle préalable de l'OFSP, cela débouche sur une clarification du caractè-

«La LAMal exige que les prestations soient efficaces, adéquates et économiques.»

re controversé des prestations. Une instance paritaire, la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), enquête alors, souvent en faisant appel à des experts, sur la conformité d'une prestation donnée aux critères EAE. Puis le Département fédéral de l'intérieur (DFI) prend sa décision définitive sur la base d'une recommandation correspondante de la commission.

Cette procédure porte essentiellement sur deux questions: la nouvelle prestation/méthode est-elle efficace? Apporte-t-elle un bénéfice supplémentaire par rapport aux alternatives qui existent? L'adéquation concerne ainsi plutôt la question des effets secondaires négatifs possibles. Reste celle de l'économie, qui revêt une importance toujours plus grande. Pour celle-ci, le bénéfice supplémentaire possible d'un point de vue médical et les coûts supplémentaires qui en résultent sont soupesés, ainsi que comparés aux alternatives existantes.

Vérification rare

Cette évaluation est assez avancée pour les médicaments, mais pas toujours au point pour d'autres prestations, car au moment de la vérification, différents facteurs d'influence sont encore incertains et des informations incomplètes, p. ex. le nombre et la qualité des études cliniques, les coûts exigés par prestation, ainsi que la question du nombre de patients pouvant effectivement profiter de la prestation, et avec quelle indication. Le dernier point cité est précisément essentiel. Même les prestations bon marché peuvent engendrer avec le temps des volumes de coûts importants si, de par leur élargissement à d'autres indications, elles sont appliquées à un nombre croissant de patients.

En bref

- Selon le principe de confiance, on admet que chaque prestation prescrite par un médecin remplit les critères EAE.
- Différents acteurs peuvent remettre en question le caractère efficace, adéquat et économique d'une prestation médicale.
- Le catalogue de prestations ouvert donne rapidement accès à des innovations dont le bénéfice supplémentaire n'est pas toujours clair.

Les prestations obligatoires dans la LAMal



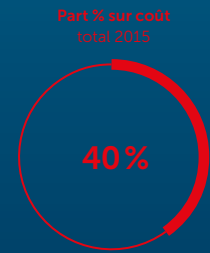
Principe de confiance (art. 33 LAMal)

Instance consultative : CFPP²
 Contrôle EAE: uniquement si prestation contestée
 ↳ Annexe 1 OPAS¹

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
Traitements des médecins	637	669	737	818
Hôpital ambulatoires	488	545	625	656

EAE (efficacité, adéquation, économicité) (art. 32 LAMal)



Hôpital stationnaires et chiropraticiens

Instance consultative : CFPP²
 ↳ OPAS¹

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
Hôpital stationnaires	712	722	836	837
Chiropraticiens	9	9	10	10

Part % sur coût total 2015: 23%

Analyses

Instance consultative : CFAMA⁴
 Contrôle EAE systématique
 ↳ Annexe 3 OPAS¹

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
Analyses (de laboratoire) (médecins et laboratoires)	122	122	137	159

Part % sur coût total 2015: 4%

Physiothérapie

Instance consultative : CFPP²
 ↳ OPAS¹

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
Physiothérapie	72	77	82	103

Part % sur coût total 2015: 3%

Sages-femmes

Instance consultative : CFPP²
 ↳ OPAS¹

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
Sages-femmes	4	5	5	7

Part % sur coût total 2015: 0,2%

Sur prescription médicale

Médicaments

Instance consultative : CFM³
 Contrôle EAE systématique
 ↳ Liste des spécialités (LS)
 ↳ Liste des médicaments avec tarifs (Annexe 4 OPAS¹)

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
Médicaments (médecins et pharmacies)	622	609	627	649

Part % sur coût total 2015: 18%

Liste des moyens et appareils (LiMA)

Instance consultative : CFAMA⁴
 Contrôle EAE systématique
 ↳ LiMA (Annexe 2 OPAS¹)

Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
LiMA (centre de remise, autres prestations ambulatoires et hospitalières)	14	15	24	28

Part % sur coût total 2015: 1%

Autres prestations

Instance consultative : CFPP²
 ↳ OPAS¹

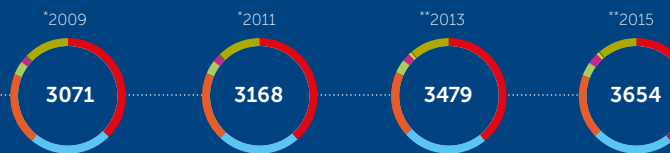
Évolution des coûts/tête en CHF

	*2009	*2011	**2013	**2015
EMS ⁵ /Infirmiers/ères	237	228	231	222
Organisations d'aide et de soins à domicile	65	71	80	91
Dentistes	9	8	8	8
Ergothérapeutes/logopédistes/diététiciens	10	12	13	15
Entreprises de transport/sauvetage	4	4	6	7
Centres thermaux	1	1	1	1
Autres***	66	70	57	45

Part % sur coût total 2015: 11%

Évolution des coûts assurance de base/tête en CHF

Prestations brutes



Assureurs-maladie
Impact sur volume et prix par contrôle des prestations et négociations tarifaires

Politique / Office fédéral de la santé publique / Département fédéral de l'intérieur
Impact sur volume et prix par restriction et fixation des tarifs

¹ OPAS = Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
² CFPP = Commission fédérale des prestations générales et des principes
³ CFM = Commission fédérale des médicaments
⁴ CFAMA = Commission fédérale des analyses, moyens et appareils
⁵ EMS = Établissements médicaux-sociaux
 * SASIS-pool de données annuelles, selon la date de décompte, mandant santéuisse, état des données 22.05.2013
 ** SASIS-pool de données annuelles, selon la date de décompte, mandant SASIS SA, état des données 29.04.2016
 *** Divers prestataires de services et non assignables



patient

→ Comme la CFPP est une commission de milice et qu'elle ne peut traiter qu'une douzaine de cas de prestations, il apparaît clairement qu'une infime partie des prestations médicales en Suisse a systématiquement été vérifiée quant aux critères EAE. Cela est scandaleux. Car la loi exige une vérification régulière de toutes les prestations, et notamment une preuve de leur efficacité au moyen de méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 et 2 LAMal).

Le catalogue des prestations

Ces explications le montrent: pour les prestations médicales obligatoires, la Suisse n'a aucun catalogue de prestations dans le sens d'une liste positive complète et exhaustive. Sur la base de la clarification du caractère controversé des prestations, il existe néanmoins une liste positive/négative. Elle englobe les prestations pour lesquelles le DFI a abouti, sur demande de la CFPP, à un jugement positif ou négatif. Ces décisions sont consignées dans l'annexe de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Il n'existe donc aucun catalogue complet de toutes les prestations médicales obligatoires, contrairement à d'autres domaines. À côté de la liste des spécialités (LS), avec tous les médicaments qui doivent être pris en charge par les assureurs-maladie, il y a une liste des moyens et appareils (LiMA), ainsi qu'une liste des prestations de laboratoire. Ce sont toutes des listes positives exhaustives.

Pour les médicaments, la liste est générée comme suit: une fois que Swissmedic a donné son autorisation de mise sur le marché, la Commission fédérale des médicaments (CFM) intervient. Elle examine les critères EAE sur la base des demandes des fabricants et décide de l'admission d'un médicament sur la liste des spécialités, et ainsi de son remboursement par les

caisses-maladie (cf. article Contexte, «place au dialogue» 1/2016). Il s'agit d'une différence fondamentale par rapport à la plupart des prestations médicales, qui ne sont examinées que dans des cas exceptionnels.

TARMED = catalogue?

Le tarif des prestations TARMED est également connu du public. Avec plus de 4600 positions, il comprend la quasi-totalité des prestations médicales et paramédicales fournies au cabinet médical et dans le domaine hospitalier ambulatoire. Le TARMED fait la distinction entre la prestation médicale et la prestation technique. Dans celui-ci, un certain nombre de points tarifaires est attribué à chaque prestation en fonction du temps nécessaire, du degré de difficulté et de l'infrastructure requise. Chaque canton applique des valeurs différentes du point tarifaire et les partenaires tarifaires renégocient périodiquement.

Le TARMED n'est donc pas comparable à un catalogue de prestations. Car celui-ci spécifierait les prestations devant effectivement être prises en charge par les assureurs. Le TARMED fournit simplement la structure de facturation des prestations (structure tarifaire).

Il est néanmoins intéressant que pour le TARMED, un petit nombre de positions tarifaires occasionne la majeure partie des coûts. Concrètement, les 30 prestations principales sont à l'origine d'environ 50% des coûts. Il s'agit notamment de consultations et de petits examens chez le médecin, de diagnostics et thérapies psychiatriques, ainsi que de prestations médicales en l'absence du patient.

Dans le domaine ambulatoire ainsi que le domaine hospitalier ambulatoire, les coûts sont essentiellement entraînés non pas par des prestations très onéreuses et peu nombreuses, mais plutôt par des prestations nombreuses assez bon marché.

Catalogue de prestations ouvert: les pour et les contre

Grâce au principe de confiance, ou plutôt à cause de celui-ci, le système actuel permet d'introduire de nouvelles prestations de manière rapide, sans complications. Pour les véritables innovations apportant une plus-value aux patients sur le plan diagnostique ou thérapeutique, cela est certes positif. Dans le même temps, le risque que des prestations supplémentaires soient introduites, qui ne génèrent aucun bénéfice supplémentaire réel en tant que pseudo-innovations, mais agissent comme facteurs de coûts, est toutefois réel.

La loi confère aux assureurs le rôle de surveillant. Toutefois, comme ils ne disposent pas des données sur les diagnostics dans le domaine ambulatoire, ils peuvent difficilement identifier les prestations qui sont en contradiction avec les critères EAE. Malgré les nombreuses innovations médicales, les clarifications du caractère controversé des prestations sont comparativement peu nombreuses. Ainsi, pour beaucoup de prestations médicales, la vérification au moyen des critères EAE, qui est en fait exigée par la loi, a en pratique une importance assez faible. De plus, elle n'intervient pas régulièrement.

En résumé, il n'est pas facile d'évaluer le système actuel sous l'angle de l'économie de la santé. D'une part, les patients de Suisse peuvent en effet admettre qu'ils ont rapidement accès à de nouvelles prestations par rapport à ceux d'autres pays. D'autre part, le flou



L'assurance obligatoire des soins prend généralement en charge **tout ce qui a été prescrit par un médecin autorisé.**



En Suisse, pour les prestations obligatoires médicales, **il n'y a pas de catalogue de prestations** dans le sens d'une liste positive complète et exhaustive.



Gabriella Chiesa est consultante senior et membre de la direction. Dans cette fonction, elle représente la CSS dans diverses commissions (dont la CFPP).

[✉ gabriella.chiesatanner@css.ch](mailto:gabriella.chiesatanner@css.ch)

Hormis les listes positives pour les médicaments, les moyens et appareils, et les analyses, le remboursement des actes médicaux repose sur le principe de confiance. Comme assureur-maladie, nous nous fions au fait que chaque médecin fournit tous ses actes de manière efficace, adéquate et économique.

Plaidoyer en faveur de la transparence

La confiance est une valeur déterminante en médecine, pour le patient dans le cabinet médical comme pour les recommandations thérapeutiques des sociétés de discipline médicale. Pourtant, la confiance ne doit pas être aveugle. La confiance suppose à la fois de l'ouverture et de la transparence. Pour faire véritablement confiance, il faut bien se connaître et partager les connaissances communes. Pour les assureurs-maladie, cela veut dire: nous voulons offrir à notre clientèle les avantages d'un catalogue de prestations ouvert, c'est pourquoi nous soutenons le principe de confiance. Pour cela, nous avons toutefois besoin d'ouverture, de transparence, et devons savoir que nous ne remboursons que des prestations qui sont efficaces, adéquates et économiques.

Dans le quotidien médical, la question de la conformité générale de la méthode appliquée ou de la prestation médicale aux critères EAE n'est pas vraiment posée. La préoccupation centrale est plutôt de savoir si la méthode médicale choisie convient à la situation de maladie correspondante. Ce qui est demandé est de poser l'indication correctement. Il n'est pas question de la prestation en elle-même. Sur ce point, nous, les assureurs-maladie sommes donc réduits à faire confiance aveuglément. La transparence sur le diagnostic et la qualité de la fourniture de prestations serait un

bon point de départ pour instaurer activement cette confiance et nous permettre de jouer notre rôle. La confiance que les assureurs témoignent aux fournisseurs de prestations devrait également être faite aux assureurs en contrepartie. À défaut, tout le système n'a pas beaucoup de sens.

Le principe de confiance rend possibles les innovations et permet aux patients d'accéder rapidement aux dernières thérapies. En tant qu'assureur, notre mission serait d'identifier de nouvelles prestations ne satisfaisant pas aux critères EAE et de demander qu'elles soient contestées. Difficile d'accomplir cette tâche sans la transparence mentionnée. C'est pourquoi nous devons compter sur le fait qu'en cas de prestations contestées, le fournisseur de prestations s'activera et soumettra un dossier à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP), qui est responsable, délibère derrière des portes closes. La transparence au sujet des délibérations de la CFPP ne générerait-elle pas une plus grande confiance? Il faut faire confiance aveuglément aux décisions du DFI, sachant que ce sont les pouvoirs politiques qui décident.

Ma conclusion: le principe de confiance est un concept louable, mais le succès de sa mise en œuvre s'est arrêté en chemin par manque de transparence.

demeure souvent au sujet du bénéfice supplémentaire qui en est vraiment tiré.

Les HTA en tant qu'opportunité

Un usage accru des Health Technology Assessments (HTA) pourrait être salutaire à ce niveau. Cette expression désigne le processus d'évaluation systématique des technologies et procédures médicales, ainsi que des outils correspondants. Comme de telles évaluations sont longues, onéreuses et astreignantes, elles devraient toutefois être davantage menées en coopération avec l'étranger ou réalisées là-bas.

Les pays plus grands tels que la Grande-Bretagne ou l'Allemagne disposent d'instituts scientifiques de qualité, qui sont bien organisés. La Suisse peut large-

ment en tirer profit, notamment par rapport aux évaluations scientifiques de l'efficacité, du bénéfice supplémentaire et des effets secondaires. De ce fait, les institutions suisses telles que la CFPP ou la CFM pourraient mieux se concentrer, dans le cadre du système de milice, sur les questions d'adéquation des prestations et de la prise en charge correspondante par les assureurs («appraisal»).

Tilman Slembeck est professeur d'économie nationale à la Haute École zurichoise des sciences appliquées (ZHAW) et chargé de cours à l'Université de St-Gall (HSG). L'économie de la santé fait partie de ses axes de travail et de recherche.

En Allemagne, le catalogue des prestations dans les soins médicaux ambulatoires est défini de manière très générale dans la loi. Les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie légaux concrétisent le droit des assurés aux prestations dans le cadre d'un mandat légal. Les médecins exerçant en ambulatoire peuvent uniquement facturer des prestations à la charge de l'assurance-maladie légale si elles ont été admises dans le catalogue de remboursement.

Par Prof. Stefan Gress

Quel est le catalogue de prestations en Allemagne?

La définition du catalogue des prestations pour le cercle de personnes assurées dans une caisse-maladie légale, soit 90% de la population allemande, intervient en deux étapes. Dans un premier temps, le «Sozialgesetzbuch V» (Code de la sécurité sociale) définit sous une forme très générale le droit des assurés aux prestations vis-à-vis des assureurs-maladie légaux. La loi plus au moins comparable à la loi suisse sur l'assurance-maladie spécifie dans un premier temps que les assurés ont un droit général à des prestations médicales ambulatoires. Deuxièmement, ces prestations, comme toutes les prestations financées par l'assurance-maladie légale, doivent être suffisantes, adéquates et économiques, et ne doivent pas dépasser la mesure de ce qui est nécessaire. Ces directives sont qualifiées de condition de l'économicité, sans que le législateur ne donne de précisions sur ce qu'il entend par économicité.

Traditionnellement, ce n'est pas le législateur qui concrétise le droit des assurés aux prestations défini de manière très générale dans un premier temps, mais les institutions de la «gemeinsame Selbstverwaltung», soit le «Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)» et le «Bewertungsausschuss». Les deux institutions se composent à parts égales de représentants des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie légaux. En cas d'égalité des voix, le président indépendant décide. Le GBA statue sur les prestations rentrant concrètement dans le catalogue des prestations pour les soins médicaux ambulatoires. Une réserve d'approbation est généralement applicable à ce niveau. En d'autres termes, les

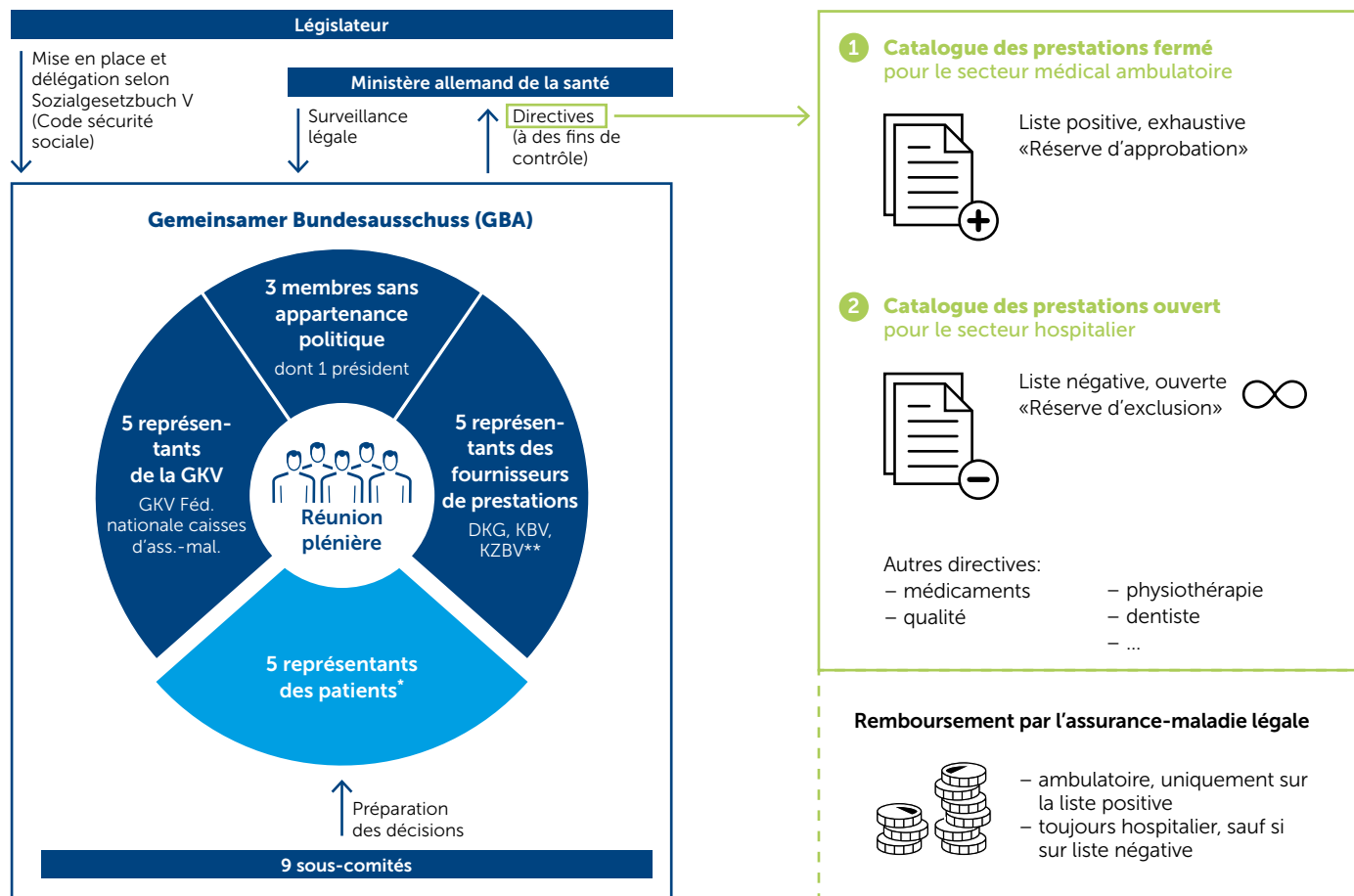
médecins exerçant en ambulatoire ne peuvent fournir une prestation que si le GBA a préalablement donné son consentement. Le catalogue des prestations est ainsi concrétisé dans une directive du GBA qui est constamment mise à jour et revêt un caractère obligatoire pour le corps médical ambulatoire. Ce n'est qu'après l'admission d'une prestation dans cette directive que le Bewertungsausschuss décide du montant à hauteur duquel les assureurs-maladie légaux doivent rembourser la prestation correspondante. Dans le secteur hospitalier, la «réserve d'exclusion» s'applique. En principe, les nouvelles méthodes médicales peuvent être utilisées dès lors que le GBA ne les a pas expressément exclues (par analogie au système suisse).

Sous l'angle juridique formel, la procédure décrite ci-dessus, de manière très abrégée il faut l'admettre, garantit que tous les assurés de l'assurance-maladie légale ont un droit aux prestations identique dans les soins médicaux ambulatoires. Dans l'ensemble néanmoins, cette procédure n'est pas dénuée de problèmes. Premièrement, une instance ayant une légitimité très restreinte décide de l'admission d'une prestation dans le catalogue. La représentativité du GBA est très faible dans la mesure où seuls des fournisseurs de prestations et des assureurs-maladie légaux en font partie. Dans de nombreuses situations de délibération, le président indépendant est donc extrêmement important, alors même qu'il n'a pas été légitimé démocratiquement. Ainsi, certains esprits critiques qualifient le GBA de «petit législateur», sans même que les parties représentées en son sein n'aient eu à se soumettre à un vote démocratique. Sous l'angle économique, on peut

En bref

- En Allemagne, le **Gemeinsame Bundesausschuss décide du droit au remboursement des prestations médicales ambulatoires.**
- **Les prestations prises en charge par les assureurs-maladie légaux sont définies exhaustivement dans le catalogue de remboursement.**
- **Sans vraie légitimité démocratique, la procédure protège contre les prestations sans bénéfice supplémentaire.**

Le catalogue des prestations en Allemagne



* Droit de participer aux délibérations et de proposition, pas de droit de vote

** Les fournisseurs de prestations ne sont habilités à voter que sur les thèmes qui concernent essentiellement leur domaine de soins

deuxièmement critiquer la concrétisation de la condition d'économicité par le GBA. Lors de l'admission de prestations, seul le bénéfice supplémentaire joue un rôle et les coûts supplémentaires ne sont pas un critère déterminant pour la décision. Ainsi, il se peut que des prestations ayant un faible bénéfice supplémentaire et représentant un surcoût important soient admises dans le catalogue des prestations. Quoi qu'il en soit, la procédure décrite protège les assurés contre le fait que des prestations soient fournies sans bénéfice supplémentaire attesté et qu'elles doivent être financées par l'assurance-maladie légale.

Enfin, il y a deux choses que la procédure allemande de concrétisation ne permet pas d'éviter: des études récentes montrent d'une part que, comme dans d'autres pays, les différences régionales en matière de fourniture de prestations sont substantielles. Même si le catalogue des prestations est établi de manière centralisée, il n'est pas pour autant mis en œuvre au niveau régional. Deuxièmement, les médecins exerçant en ambulatoire proposent de plus en plus de prestations de santé dites individuelles. Au final, ce terme n'est qu'un euphémisme pour désigner des prestations

qui n'ont pas été admises dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie légale et doivent donc être entièrement financées de la poche des assurés.

Par rapport à la Suisse, le système allemand permet une évaluation préalable du bénéfice des nouvelles prestations, ce qui favorise en principe la qualité de la fourniture de prestations. L'introduction des «Health Technology Assessments» (HTA, cf. «place au dialogue» 1/2016) en Suisse contribue à imposer une qualité élevée des prestations. Toutefois, la voie est encore longue, car aujourd'hui, ni les nouveaux traitements ni ceux partiellement contestés font l'objet d'une vérification systématique.

Stefan Gress est professeur à la Hochschule Fulda (D). Il y dirige le département de recherche sur la fourniture de soins et d'économie de la santé dans le domaine spécialisé Soins et santé.

Une prestation est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elle est efficace, adéquate et économique. Seule la contestation d'une prestation entraîne sa vérification, qui peut déboucher sur son exclusion du catalogue des prestations. Ce système est-il encore adapté? Débat contradictoire sur cette question entre Thomas Rosemann, directeur de l'Institut de médecine de famille à l'Hôpital universitaire de Zurich, et Markus Trutmann, secrétaire général de la fmCh.

Interview: Patrick Rohr

«J'entrevois le danger que nous perdions la confiance»

Patrick Rohr (PR): Le catalogue des prestations tel qu'il se présente aujourd'hui est-il un instrument adapté pour maîtriser les dépenses de santé?

Markus Trutmann (MT): Je considère que de manière générale, le système actuel est bon. Il repose sur le principe de confiance, et donc sur le fait que le médecin agit toujours dans l'intérêt du patient. En cas de doute quant à la réelle utilité d'une intervention, elle peut être remise en question par une procédure de clarification du caractère controversé des prestations. Le système comporte l'avantage qu'il favorise l'innovation. Les nouveaux médicaments, technologies et techniques d'opération parviennent vite jusqu'au patient.

PR: Parce que l'on peut les tester sans procédures d'autorisation longues?

MT: Tout à fait.

PR: Qu'en pensez-vous, M. Rosemann?

Thomas Rosemann (TR): Dans un système de santé où les médecins peuvent facturer les prestations de manière plus ou moins arbitraire, il y a un risque d'effets pervers. Il se peut que les indications soient posées non seulement d'un point de vue médical, mais aussi financier.

PR: Vous remettez donc en question le principe de confiance?

TR: Je suis un défenseur absolu de ce principe. Le corps médical l'a acquise au fil des siècles et c'est une grande conquête. En ce moment, j'entrevois le risque que nous perdions cette confiance. Aujourd'hui,

chaque hôpital doit être rentable et cette évolution est dangereuse. Quand seuls des indicateurs servent d'élément d'orientation, le capital de confiance bâti au fil des années est ruiné.

PR: Vous pensez donc que de nombreuses décisions sont guidées par la perspective de profit?

TR: Oui.

PR: Qu'est-ce qui vous amène à ce constat?

TR: Les bonus versés aux médecins, par exemple. Ou la pression exercée sur les directeurs de clinique pour qu'ils travaillent de la manière la plus économique possible.

MT: Le refus de principe de travailler selon les critères économiques est stérile. Chaque profession doit le faire. Les incitations économiques peuvent même favoriser la qualité. Lors de l'introduction des DRG en Suisse, les mesures d'amélioration de la sécurité des patients ont ainsi connu un boom, non pas parce que les hôpitaux se seraient soudain souciés des patients, mais parce que le travail économique permet entre autres d'éviter les complications.

PR: En tant que patient, comment puis-je me fier aux médecins, et être sûr qu'ils recherchent d'abord ce qui est le mieux pour ma santé, et non pas pour les finances de l'hôpital?

MT: On peut attendre du patient qu'en tant que citoyen majeur, il se montre critique et pose des questions.

Thomas Rosemann (à dr.), méd. spéc. en médecine interne générale, a exercé comme médecin avant de se consacrer à la recherche et l'enseignement. Depuis 2008, il occupe la chaire de médecine de famille à l'Hôpital universitaire de Zurich.

Le chirurgien **Markus Trutmann** (à g.) était collaborateur scientifique à la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé avant de devenir en 2006 secrétaire général de l'Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCh).

PR: M. Rosemann, peut-on vraiment déléguer cette tâche au patient?

TR: Non, ce serait trop facile. Ce n'est pas du tout comme dans un magasin d'appareils électroniques, où le client doit choisir une nouvelle télé parce que son ancienne est fichue. Dans ce cas, il peut opter pour un modèle ou l'autre sans conséquences graves. En médecine, c'est très différent. Nous travaillons avec les peurs. Lorsque le cardiologue dit: vous avez besoin d'un cathéter cardiaque, sans lequel vous ferez un infarctus et mourrez ou souffrirez de lésions graves, je ne crois pas que le patient puisse vraiment se décider en toute liberté. Il y a une grande différence, et c'est pour cela que les principes du marché libéralisé ne fonctionnent pas dans le système de santé. Le déséquilibre des

→





→ connaissances entre les deux parties prenantes est très grand. Ce serait trop facile que les médecins se mettent à chercher des prétextes et à ne pas assumer leurs responsabilités vis-à-vis des patients.
MT: C'est vrai, il y a cette asymétrie de l'information entre le patient et le médecin. Mais elle existe aussi lorsque je dépose ma voiture chez le garagiste. Je n'y comprends effectivement rien à la mécanique. Nous ne devrions pas mettre sur un piédestal la profession de médecin. L'asymétrie de l'information est partout. Et finalement, le patient n'est pas non plus seul. En général, il se renseigne d'abord auprès de son médecin de famille. Puis il y a l'assureur-maladie, qui devrait renforcer son rôle de comptable de son client, l'assuré.

PR: Et comment?

MT: Par exemple en proposant le second avis dans les prestations assurées. Le patient devrait pouvoir accéder plus facilement à un second avis, sans charge financière ou en se faisant orienter vers des experts.

PR: M. Rosemann, vous secouez la tête?

TR: Je suis critique sur ce point. Pour le coup, ce serait vraiment une perte de confiance! On ne fait plus confiance à son médecin, mais on va chez un deuxième médecin désigné par l'assureur.

PR: Ce serait l'aveu même que le principe de confiance ne fonctionne effectivement plus, M. Trutmann!

MT: Non, non, cette démarche met à mal au plus au point le narcissisme du médecin. Un médecin ayant une personnalité affirmée et sûr de ce qu'il sait n'a aucun problème avec le fait que son patient se procure un second avis. Cela n'ébranlera pas la confiance de son patient.

TR: Oh, si! Beaucoup de médecins de famille ont capitulé. Souvent, les patients les perçoivent comme des empêcheurs de tourner en rond, car ils leurs disent: cela n'est pas nécessaire, cela peut attendre. Le patient préfère croire son spécialiste, qui fait quelque chose, qui agit. Dans notre système, l'absence d'action motivée ne mérite ni rétribution ni honneur.

MT: Je ne pense pas que les médecins de famille soient aussi résignés que vous le

«Le principe de confiance est bon, mais nous devons reconquérir la confiance.»

Thomas Rosemann

prétendez. Je le vis dans la région bâloise: lorsque le service n'est pas satisfaisant dans un hôpital, pour une quelconque raison, les médecins de famille réagissent immédiatement en s'adaptant en conséquence au moment de l'orientation de leurs patients. Et comme les hôpitaux subissent une pression économique, leur réaction est également immédiate.

TR: Il y a de nombreux domaines où ni le patient ni le médecin de famille n'est en mesure de juger de la qualité des processus dont nous parlons en ce moment. Faut-il trois ou cinq stents? Cela améliorera-t-il son état de santé en cas de rétrécissement des artères coronaires? Le patient n'est pas à même d'en juger.

PR: De nombreuses opérations ne sont-elles pas simplement réalisées parce qu'elles peuvent l'être?

MT: Les médecins sont en fait les victimes du progrès médical. Le taux de réussite abaisse le seuil d'inhibition à opérer quelqu'un. Toutefois, en médecine, la situation n'est pas toujours tranchée. Il y a naturellement des cas qui sont clairs, mais il y a aussi de nombreuses zones d'ombre. Il est dans la nature même de la médecine de ne pas pouvoir prédire à 100% qu'une intervention aura le succès escompté chez un patient. Quand un acte présente un faible risque et un taux de réussite

élevé, on a naturellement tendance à vouloir tenter de l'exécuter plutôt que de s'en abstenir.

PR: Est-ce précisément cette évolution qui entraîne une augmentation croissante des dépenses de santé?

MT: Nous vivons dans une société d'abondance. Nous avons tout en trop grande quantité. Pourquoi en serait-il donc autrement en médecine?

TR: Revenons-en au patient: le patient a un bateau à voile, une voiture, un appartement de vacances. Et là, il se dit qu'il souhaite aussi une nouvelle prothèse de la hanche. Cela ne marche pas ainsi! Personne, que cela soit dans un pays en situation de sur- ou sous-provisionnement, ne souhaiterait se faire remplacer une hanche avant que cela ne soit vraiment nécessaire. Il ne voudra pas non plus de cathéter cardiaque ou de CT des poumons si cela n'est pas indiqué.

Il est donc question de la qualité de l'indication: naturellement, nous devons prodiguer à chacun des soins optimaux, mais au bon moment, à savoir, lorsque cela est indiqué. Des interventions très coûteuses pourraient être remplacées par des méthodes thérapeutiques conventionnelles meilleur marché, avec un résultat identique en termes de qualité et de quantité de vie. Cela ne comporterait aucun inconvénient pour le patient, mais reviendrait beaucoup moins cher pour le système.

PR: Et pourquoi renonce-t-on à ces interventions?

TR: Parce que les effets pervers sont tels que les prestations non indiquées sont très bien remboursées. Aujourd'hui, si je prends la direction d'une clinique et que je juge très critiques les indications, en conséquence de quoi je soigne peut-être un tiers de patients en moins, je ne garderai pas mon poste très longtemps.

PR: Le système présente donc des manquements évidents, M. Trutmann?

MT: Selon moi, pour lutter efficacement contre les effets pervers sur le plan financier, que nul ne conteste par ailleurs, il faut commencer par mesurer la qualité des indications. Et nous touchons au cœur du problème: mettre en œuvre les mesures. Mesurer signifierait instaurer la transparence. À ce niveau, je constate une très grande résistance.

PR: Vous représentez un grand nombre de chirurgiens de ce pays. Ceux-ci seraient-ils ouverts à ce type de transparence?

MT: Nous nous sommes déjà engagés sur la voie de la transparence, mais pas de manière suffisante. Par exemple, il existe

«On peut attendre du patient qu'en tant que citoyen majeur, il se montre critique et pose des questions.»

Markus Trutmann

déjà un registre national des prothèses de la hanche et du genou, qui couvre 95% de toutes les interventions. En chirurgie cardiaque et en neurochirurgie, nous n'avons pas encore de registre public, mais des projets ont déjà été développés dans ce sens. Le seul moyen de parvenir à nos fins est d'associer les incitations financières à la qualité.

PR: Cela signifie que le bonus ne serait versé qu'en cas de réussite suffisante de l'opération?

MT: Ou qu'une déduction serait appliquée en cas de mauvaise qualité ou d'absence de participation au registre. L'assureur en tant qu'avocat financier des assurés devrait dire: quand un hôpital ne fournit pas la qualité escomptée, il ne peut prétendre au même tarif que les autres!

PR: Est-ce réaliste, M. Rosemann?

TR: Je suis également d'avis que la transparence est la seule solution. Nous trouvons des exemples correspondants aux États-Unis. Là-bas, le constat a été dressé, pour les cathéters cardiaques par exemple, que les chiffres étaient très différents en fonction des hôpitaux, ce

qui s'expliquait par la manière différente dont les indications étaient établies. Des critères d'adéquation («appropriateness») ont alors été introduits, et l'on a défini les cas dans lesquels une intervention donnée serait ou non adéquate. Souvent, des examens préalables simples et bon marché n'avaient même pas été effectués, qui auraient permis d'exclure certains actes pour les patients. Après l'introduction de ces critères, les chiffres ont reculé de manière importante. Cela ne peut toutefois fonctionner que si tous les faits sont connus.

PR: Avez-vous l'impression que les médecins seraient prêts à accepter ce changement de système? Dans ce cas aussi, la confiance dans les médecins serait toujours remise en question.

TR: Il y a deux manières de procéder: faire pression ou recourir aux incitations. Je préfère toujours les incitations. On pourrait par exemple permettre aux hôpitaux qui s'affilient de leur plein gré de faire de la publicité.

PR: Donc si je vous comprends bien, Messieurs: le système actuel a des lacunes, mais sur le principe, il est bon?

MT: Je m'y tiens: le principe de confiance est bon, mais nous devons reconquérir la confiance en instaurant la transparence et en proposant des évaluations de type HTA. Autrement dit, nous devons vérifier systématiquement que le rapport coût-bénéfice d'une nouvelle technologie est raisonnable.

TR: Je conserve aussi volontiers le principe de confiance. Mais le patient a le droit de bénéficier de traitements à la pointe du progrès médical. Et il ne doit pas forcément s'agir d'opérations coûteuses.



Patrick Rohr est journaliste, photographe et conseiller en communication. Après avoir travaillé pendant 15 ans à la Schweizer Fernsehen en tant qu'animateur et rédacteur («Arena», «Quer»), il a créé son entreprise de production médias et de training en communication en 2007.

Certains traitements médicaux sont d'une faible utilité ou impliquent même un risque supplémentaire. La Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) a élaboré deux listes contenant chacune cinq mesures médicales qui sont souvent prescrites inutilement. En 2017, d'autres sociétés de discipline médicale publieront des listes correspondantes. Voici le message de la campagne «smarter medicine»: oui à une meilleure qualité de vie, non à la surmédicalisation.

Par Bruno Schmucki et Hermann Amstad

En médecine, moins peut aussi être plus

Les malades n'apprécient pas un médecin qui ne leur prescrit rien. Ils croient qu'il les abandonne. Ce constat avait déjà été dressé dans l'Antiquité par le philosophe et médecin grec Épictète. Les médecins actuels sont toujours confrontés au même problème. Comme les progrès techniques ont été fulgurants en médecine, de nombreux patients sont convaincus que toutes les méthodes diagnostiques et thérapeutiques disponibles devraient être appliquées. Souvent, la question du bénéfice de ces méthodes n'est pas posée.

Listes de traitements inutiles

Il y a quelques années, aux États-Unis, des voix se sont élevées pour mettre en garde contre la surmédicalisation («overuse»). En 2011, des médecins ont lancé l'initiative «Choosing Wisely». Elle avait non seulement pour but de déclencher des «décisions intelligentes», mais aussi d'encourager la discussion ouverte entre le corps médical, les patients et le public.

Les «listes Top 5» de chaque discipline clinique sont au cœur de la campagne «Choosing Wisely». Ces listes Top 5 renferment cinq mesures médicales, qui sont généralement inutiles. Autrement dit, les médecins et les patients doivent discuter ensemble de la possibilité de renoncer à un traitement parce que les risques qu'il présente sont potentiellement plus importants que le bénéfice qu'il apporte.

Smarter medicine en Suisse

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a intégré l'initiative «Choosing Wisely» à sa feuille de route «Système de santé durable». Cette préoccupation a également suscité un vif intérêt auprès de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG). Par la suite, une commission a entrepris de dresser sa propre liste Top 5 pour le secteur ambulatoire en Suisse et l'a présentée au public en 2014 sous le nom «smarter medicine».

La commission SSMIG a par exemple porté un regard critique sur le bilan radiologique en cas de douleur non spécifique, sur les dosages coûteux sans bénéfice clair et sur l'administration d'antibiotiques en cas d'infection sans signe de gravité. Deux ans plus tard, une liste a été élaborée pour le secteur hospitalier. La SSMIG



Les infections nosocomiales
sont souvent **causées**
par un cathéter.

recommande entre autres de renoncer à la routine des prises de sang et des transfusions, à la prescription de somnifères et la pose de cathéters permanents.

Élargissement de l'initiative

À l'initiative de l'ASSM, de nouvelles sociétés de discipline médicale ont examiné les recommandations américaines et décidé de les appliquer à la Suisse. Les listes correspondantes seront publiées en 2017 avec des commentaires à la portée des patients.

En Suisse, contrairement à d'autres pays, la campagne «smarter medicine» n'a pas encore vraiment décollé. Cela s'explique par le fait que jusqu'ici, seules quelques activités isolées ont été organisées, et de surcroît à des intervalles de temps éloignés. C'est pourquoi il est prévu de créer un organe responsable reposant sur une large assise, auquel il appartiendra d'accompagner et de soutenir en permanence la campagne «smarter medicine», ainsi que de la faire connaître.

La discussion sur les traitements inutiles ne doit pas uniquement avoir lieu dans la salle de consultation ou sur le lit d'hôpital. Ce qu'il faut, c'est un débat public sur la question du volume nécessaire de prestations médicales pour optimiser le bien-être du patient et promouvoir ainsi sa qualité de vie.

Bruno Schmucki est chef de projet Communication auprès de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG). **Hermann Amstad** est secrétaire général de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). La campagne «smarter medicine» est une initiative de la SSMIG qui bénéficie du soutien de l'ASSM et de la Fédération suisse des patients. www.smartermedicine.ch

Mirjam Müller refuse la société de consommation débridée. Adepte du style de vie minimaliste, elle habite dans un bus et possède très peu de choses. Pour elle, donner un sens à sa vie n'a rien à voir avec le fait de posséder des biens de consommation. Elle en est convaincue: dans le domaine de la santé aussi, la question du sens est trop peu soulevée.

Par Manuela Specker

Savoir se contenter pour être heureux



Toujours plus, toujours plus vite, toujours plus haut, toujours plus loin. Mirjam Müller n'a jamais adhéré à cette maxime. Elle est une «minimaliste», ce qui veut dire qu'elle ne recherche pas le bonheur et l'épanouissement dans la possession matérielle. Tout ce qui lui appartient peut tenir sans problème dans un Mercedes Sprinter, qui lui sert aussi d'endroit pour dormir et de mini-appartement. Pour le moment, elle est garée dans le canton de Zurich, devant un appartement où ses amies font de la colocation, ce qui lui permet d'utiliser leurs installations sanitaires et leur cuisine. Pour ce mode de vie, 15 000 francs par année lui suffisent.

Elle intervient souvent en tant que bénévole

Éducatrice sociale de formation, elle tire son modeste revenu de ses remplacements. Le plus souvent, elle se déplace pour des missions bénévoles, fidèle à son sens de l'engagement solidaire et durable. «Pour moi, le sens que je donne à ma vie et l'amitié sont plus importants que tout», affirme Mirjam Müller. Alors qu'elle était encore très jeune, elle a observé comment ses camarades de l'époque adaptaient leur style de vie au fur et à mesure que leur revenu augmentait. Et Mirjam constate: «Mais cela ne les a pas rendus plus heureux.»

Hormis sa prime d'assurance-maladie, la nourriture est le principal poste de dépenses de Mirjam Müller. Elle n'en est pas étonnée. «Dans le domaine de la santé aussi, les exigences envers le système sont élevées.» Elle

explique que c'est un marché comme les autres: «De nouveaux besoins sont sans cesse créés alors que personne n'avait rien demandé.» Naturellement, elle apprécie de pouvoir bénéficier de soins médicaux complets en cas de maladie ou d'accident. «Le problème est que nous ne soulevons jamais vraiment la question du sens et de l'utilité, même dans le système de santé.» Pour Mirjam Müller, les directives anticipées du patient jouent un rôle essentiel, et elle les recommande avec insistance à tous ses congénères. Elles permettent non seulement de réfléchir à ce que l'on veut et ne veut pas. «Les directives anticipées évitent à l'entourage de devoir prendre des décisions délicates et permettent aussi de se protéger contre des traitements inutiles.»

La réalité se présente souvent sous un jour différent: au lieu d'orienter le système de santé en fonction des besoins effectifs, on l'exploite entièrement d'après le principe de la croissance, ce qui se répercute par des primes élevées.

Une solidarité impayable

Mirjam Müller parvient également à s'en sortir avec peu d'argent parce que pour beaucoup de choses, elle met la main à la pâte: elle travaille dans une coopérative qui produit des légumes où elle va chercher de quoi manger après la récolte. Elle raccommode ses vêtements elle-même et vole au secours de ses amis et de sa famille quand ils ne peuvent se passer de son soutien.

Elle est persuadée que cette solidarité serait précisément bénéfique pour le système de santé. D'une part en arrêtant de courir chez le médecin au moindre bobo. D'autre part en favorisant davantage le dialogue mutuel. «Pour guérir, il faut non seulement les médicaments et les appareils techniques les plus récents, mais aussi de la chaleur humaine et du réconfort.»

Mirjam Müller (36 ans) a adopté le style de vie du minimalisme. Depuis 2006, sa maison est un fourgon Mercedes Sprinter qu'elle a aménagé elle-même.

En bref

- Les minimalistes ne recherchent pas leur bonheur et leur épanouissement dans la possession matérielle.
- Les principaux postes de dépenses de Mirjam Müller sont la nourriture et la prime d'assurance-maladie.
- La solidarité et le retour à l'essentiel seraient souhaitables dans de nombreux domaines de la vie.

Il était prévu que Mariette Hermann subisse une transplantation pulmonaire. Après s'être informée sur l'intervention auprès d'autres personnes atteintes, cette Valaisanne de 63 ans était de plus en plus indécise. Elle a demandé conseil et opté pour un second avis. Avec le recul, cette décision a été la bonne.

Par Roland Hügi

Le maximum n'est pas toujours optimal

Détendue, Mariette Hermann regarde de chez elle les montagnes valaisannes et respire profondément. Pourtant, il n'y a pas si longtemps encore, un sentiment la tenaillait: la peur. Ce mot revient à chaque fois quand Mariette Hermann repense à ses antécédents médicaux. La peur de manquer d'air, la peur d'étouffer. Jusqu'à la fin 2015, ce sentiment oppressant l'accompagnait en permanence. L'élément déclencheur a été une opération de l'intestin en 2010. Un cathéter contre la douleur mal posé eut des conséquences fatales pour Mariette: un collapsus

du poumon droit. Le diagnostic d'une maladie pulmonaire obstructive chronique et d'une maladie génétique qui ne s'étaient pas manifestées jusqu'ici fut posé: un déficit en alpha 1-antitrypsine. Ce défaut génétique affecte les poumons et entraîne la destruction des alvéoles pulmonaires. Avec le temps, l'organisme n'est pas suffisamment approvisionné en oxygène.

Mariette peut aujourd'hui profiter de ses promenades quasiment sans douleur, comme ici avec son mari Erwin et leur petite-fille.



Subitement une autre personne

D'un jour à l'autre, cette dame alerte de 63 ans était devenue une autre personne. Après le moindre effort, elle était à bout de souffle. Elle ne pouvait même plus envisager de faire ses promenades ou randonnées d'autrefois. Un séjour à la clinique de Montana pour une cure en altitude lui était certes bénéfique, mais dès son retour à la maison, les problèmes reprenaient de plus belle. Il fallait donc repartir à Montana. Au lieu de reconforter Mariette, les médecins durent lui apprendre une nouvelle accablante: «Vous ne pourrez jamais plus vivre sans oxygène supplémentaire», telle était leur conclusion. «Pour moi, le monde s'est écroulé», explique Mariette Hermann en repensant à l'annonce de cette nouvelle.

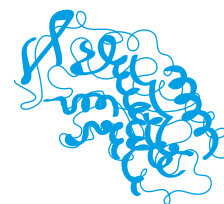
Ai-je assez d'oxygène?

À partir de là, sa vie fut bouleversée. Chaque fois que Mariette sortait de chez elle, une question essentielle la taraudait: pendant combien de temps l'oxygène qu'elle avait emporté lui suffirait-il? «Cette période a été démoralisante», affirme-t-elle. Malgré tout, elle essayait de faire de son mieux. Plusieurs fois par semaine, elle faisait ses exercices de fitness. Elle faisait tout pour solliciter son corps et ne voulait pas s'avouer vaincue face à la maladie. Elle voulait contribuer à éviter de nouveaux séjours en cure coûteux. Ses efforts furent payants: après peu de temps, son organisme se contentait d'un apport en oxygène réduit de moitié, ce qui lui donnait des raisons d'espérer. Pourtant, un revers ne tarda pas à venir l'accabler. À cause de douleurs à l'épaule, elle dut suivre un nouveau traitement médical qui l'empêcha de faire de l'exercice physique, et le poumon se rebella à nouveau, de manière plus aiguë que jamais. Les médecins de Montana étaient perplexes et n'entrevoyaient plus qu'une issue: la transplantation pulmonaire.

Enfin recommencer à respirer normalement

Dans un premier temps, Mariette Hermann s'est réjouie en se disant: «Un nouveau poumon, une nouvelle vie. Je vais enfin pouvoir vivre normalement.» Elle était déjà en train de s'imaginer à quoi ressemblerait sa vie sans la contrainte de la réserve d'oxygène. Ses visites au centre de transplantation de Zurich se multiplièrent, pour des examens, des évaluations, mais aussi des contacts avec des personnes qui avaient déjà reçu un nouveau poumon. Plus le temps passait, plus

Mariette Hermann avait des doutes. Elle fit la connaissance de personnes dont l'organisme avait rejeté l'organe greffé. On lui apprit qu'après une implantation, elle devrait avaler près de 40 médicaments par jour. Surtout, elle prit peu à peu conscience que son corps ne supporterait jamais autant de substances chimiques. Une transplantation aurait certes été une tentative très onéreuse de soulager les souffrances de



Le **déficit en alpha 1-antitrypsine** est **une maladie génétique** qui a pour effet que les cellules du foie sécrètent mal ou en quantité trop faible l'enzyme alpha 1-antitrypsine (AAT).

Mariette Hermann. Aurait-elle toutefois été adéquate, et surtout efficace? Autant de questions qui sont restées en suspens.

Le second avis permet de tout résoudre

Dans cette période de doute et d'embarras, Mariette Hermann prit contact avec la CSS. Elle demanda un second avis et Mariette Hermann se fit alors examiner à nouveau par un spécialiste neutre à la Clinique universitaire de Lausanne. «Ce médecin m'a consacré beaucoup de temps et a mis le doigt sur une nouvelle voie possible: une résection partielle du poumon, autrement dit une ablation du tissu pulmonaire malade. Même le centre de transplantation de Zurich, qui pendant longtemps s'était penché sur la transplantation comme seule solution, s'orientait maintenant vers cette piste. En décembre 2015, le moment de l'opération était arrivé, et avec elle la grande question de Mariette Hermann: «Vais-je enfin pouvoir respirer librement?» La réponse à cette question, elle l'obtint le 18 décembre 2015. Ce jour-là, elle quitta la Clinique Lucernoise de Montana après une cure définitive. «Je pouvais respirer sans difficulté, je sentais l'air de montagne bienfaisant dans mes poumons. C'était comme si je venais au monde une deuxième fois. Tout simplement merveilleux.»

Depuis lors, une année s'est écoulée. Et Mariette Hermann vit presque toujours sa nouvelle vie sans douleurs. Les efforts physiques continuent à lui causer quelques difficultés, et pour les longues promenades, elle ne peut avancer que lentement à la montée. «Mais par rapport à avant, ma vie vaut à nouveau la peine d'être vécue. Le second avis a été la meilleure chose qui me soit arrivée», affirme-t-elle en y repensant. «Pendant longtemps, les médecins m'ont expliqué qu'une seule variante, celle maximale, pouvait être envisagée: une transplantation des poumons. Dans mon cas, il s'est finalement avéré que l'intervention moins lourde était la solution optimale.»

«Le second avis a été la meilleure chose qui me soit arrivée.»

Mariette Hermann (63 ans) habite à Susten (Valais). Depuis sa décision de renoncer à une transplantation pulmonaire, elle va mieux aujourd'hui, à force d'autodiscipline et grâce aux bons conseils obtenus par le biais du second avis médical.

En bref

- À cause d'une maladie génétique et de la BPCO, la vie de Mariette Hermann était devenue un supplice.
- Pendant longtemps, une transplantation pulmonaire était la seule solution pour les médecins.
- Finalement, une intervention moins lourde et moins coûteuse a été la bonne alternative.



Sauvez EAE!



Beda M. Stadler, né en 1950 à Viège (VS), professeur émérite, a dirigé l'Institut d'immunologie à l'Université de Berne. Il est connu pour ses propos virulents sur les thèmes de politique sociale et de la santé.

Il fut un temps, dans notre LAMal, où EAE voulait dire efficacité, adéquation et économicité: le pilier rationnel censé empêcher tout abus. Malheureusement, cela a foiré. La percée médicale la plus importante du siècle dernier a en effet été l'essai en double aveugle. Depuis lors, on est capable, sans aucun doute possible, d'évaluer l'efficacité d'un médicament. Malgré les critères EAE, nous sommes toutefois le seul pays de la planète à avoir ancré après coup la médecine alternative dans notre Constitution, bafouant ainsi l'efficacité...

Dès lors que la science ne sert plus à évaluer l'efficacité, il ne faut pas s'étonner que l'adéquation se résume à une expression vide de sens. C'est une application du principe machiavélique «La fin justifie les moyens». Le pilier EAE soi-disant rationnel repose ainsi sur les seules épaules de l'économicité. Aujourd'hui, le vieux Machiavel rirait sous cape, car la plupart des gens confondent économicité et rentabilité.

Peut-on encore sauver les critères EAE? Sans aucun doute. Mais encore faudrait-il s'abstenir de faire valoir toute opinion pour les délibérations relatives aux critères EAE. Seuls les faits devraient compter. Les politiques ont le droit d'avoir des opinions. C'est bien pour cela qu'ils sont élus. Si le factuel comptait en politique, il n'y aurait qu'un seul parti: celui des rationnels. Comme toutefois les patients ne peuvent pas attendre si longtemps, nous devrions simplement repartir à zéro.

L'efficacité est évaluée selon des considérations purement scientifiques. L'adéquation et l'économicité reposent sur de nouvelles bases: ce n'est pas le marché qui est prioritaire, mais la solidarité avec le patient. Les économistes de la santé peuvent bien avoir un avis différent, puisque celui-ci n'est pas pertinent.

Tout reprendre à zéro de manière rationnelle pour EAE comporte bien sûr aussi de répondre à la question: qu'est-ce que la maladie? Comme il ne s'agit pas d'une entreprise très facile, les faiseurs d'opinion ont essayé de définir la santé au cours de ces dernières années. L'OMS s'y est essayé avant tout le monde, et notre OFSP s'est empressé de reprendre sa définition, selon laquelle d'ailleurs la Suisse ne compte plus une seule personne en bonne santé.

La maladie en revanche est beaucoup plus facile à définir. Nous devrions simplement avoir le courage de ne pas accorder trop d'importance aux troubles de l'état général, de les considérer comme ce qu'ils sont, et de placer la barre un peu plus haut pour les bobos habituels. Les patients n'atteignant pas cette barre pourraient malgré tout consulter le médecin pour s'y faire cajoler, mais ils devraient le payer de leur poche.

«Malgré les critères EAE, nous sommes le seul pays de la planète à avoir ancré la médecine alternative dans notre Constitution.»



twitter.com/CSSPolitik

Quatre paramètres influencent le traitement et donc le volume de prestations dans l'assurance obligatoire des soins (AOS): circonstances de vie non influençables, effort individuel, exigences individuelles et recommandations thérapeutiques des médecins. Pour définir le catalogue de prestations optimal, il faut détecter les exigences et les recommandations thérapeutiques.

Par Prof. Konstantin Beck, docteur en économie

À quoi ressemblerait le catalogue des prestations objectif?

Pourquoi la LAMal n'est-elle pas dotée d'un catalogue de prestations exhaustif? Sans doute parce qu'une certaine marge de manœuvre doit être accordée aux fournisseurs de prestations par rapport à la décision de traitement. Tant que le lien entre diagnostic et traitement est assez clair, cela ne pose pas problème. Selon une idée largement répandue, c'est le cas. Toutefois, cela ne correspond pas toujours à la réalité. En 1988 déjà, Payer¹ apporta la preuve que, pour la plupart des maladies, la fourchette des traitements acceptables était beaucoup plus grande que cela n'est admis dans n'importe quel pays, que les taux de certaines interventions chirurgicales fluctuent de plus de 100%, et que l'un des remèdes les plus couramment utilisés en France (pour élargir les vaisseaux sanguins cérébraux) était considéré comme inefficace aux États-Unis et en Grande-Bretagne.

Dans le cadre de recherches plus récentes en sciences économiques², l'approche selon laquelle le type de traitement repose sur quatre groupes de facteurs d'influence s'est imposée: les circonstances non

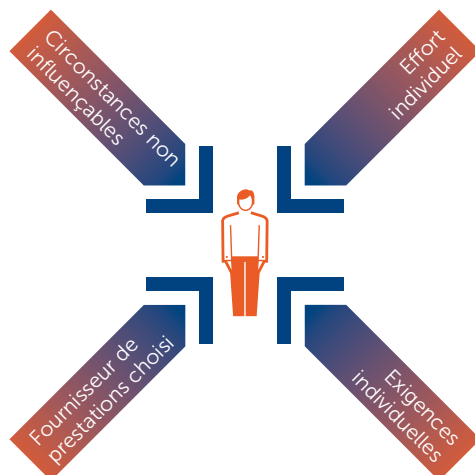
influçables, l'effort individuel, les exigences individuelles et le fournisseur de prestations choisi.

Les circonstances ne posent pas problème: naturellement, le traitement dépend objectivement de l'âge, de l'état de santé, du sexe, mais aussi de la formation et du domicile. Le législateur était conscient de ces différences. Il en a tenu compte comme il se doit dans le cadre de la compensation des risques, mais aussi par la différenciation des primes (par exemple régionale).

L'effort individuel est plus problématique. Par exemple, une personne qui a pratiqué la prévention avec succès en faisant preuve d'une grande discipline personnelle devra, si elle tombe malade, solliciter moins de prestations que quelqu'un qui n'a pas fait attention. Ceux qui ont une conception large de la solidarité fermeront les yeux sur ces différences au niveau des efforts fournis. Dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), c'est aujourd'hui tout simplement l'effort moyen qui sert de référence pour l'octroi des prestations, qu'il soit important ou faible, ce qui garantit une grande autonomie décisionnelle aux assurés, mais qui n'est pas forcément efficace.

De plus, il existe aussi des différences sur le plan des attentes des assurés et des recommandations d'action des fournisseurs de prestations, sachant que ces dernières influencent directement leur propre revenu. Pour définir un catalogue des prestations objectivement recevable et un volume de prestations recevable, il faut réussir à détecter l'impact des exigences et des recommandations thérapeutiques. Il s'agit d'une entreprise difficile, mais pas impossible.

Quatre groupes de facteurs d'influence sur le type de traitement:



Prof. Konstantin Beck, docteur en économie, directeur de l'Institut CSS de recherche empirique en économie de la santé et professeur titulaire des Universités de Zurich et Lucerne.
konstantin.beck@css-institut.ch

¹ Payer L. Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande. Campus, Frankfurt (1988).

² Glazer J et McGuire T. Gold and Silver Health Plans: Accommodating demand heterogeneity in managed competition. Dans: Journal of Health Economics 30 (2011), 1011–1019.
Fleurbaey M et Schokkaert E. Equity in Health and Health Care. Pauly M, McGuire T, Barros PP (Eds.). Handbook of Health Economics, Vol. 1, 1003–1092, North-Holland, Amsterdam (2012).

Maximiser ne signifie pas toujours optimiser

Un resort luxueux et un forfait tout compris, mais pas de ski en vue...
Pour moi, des vacances de ski optimales, ce n'est pas cela.

Où est le bénéfice?

Tu sais, mon chéri, autrefois, nous payions 35 francs pour la carte journalière, et tout était super. Aujourd'hui, elle coûte le double, et on se demande pour quoi on paie.

Colin- maillard

Crapules! Ils nous avaient promis un bon enneigement et nous voilà sur l'herbe.
Voilà ce qui se passe quand on fait aveuglément confiance.

