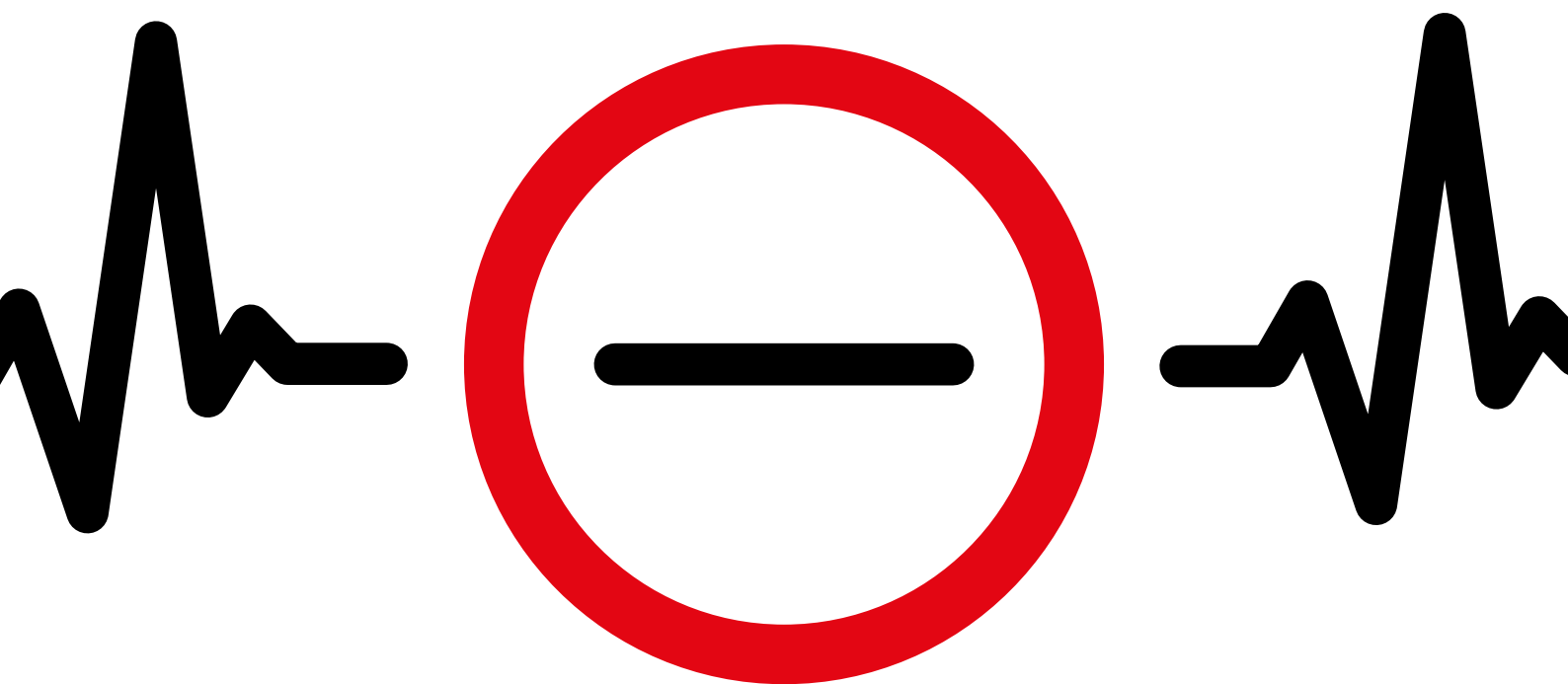


place au
dialogue



La santé sans frontières

En ligne de mire: le principe de territorialité dans la LAMal

Willy Oggier

À bas les frontières

«Dans le système de santé, nous devons abolir les frontières nationales. Si ne nous le faisons pas, nous entraînerons de plus en plus l'accès au meilleur traitement possible pour les gens.»

Économiste de la santé, «Beobachter», 10/2010

Karin Frick

Sommes-nous mobiles?

«Les marchés sont très réglementés et les personnes ne sont pas si mobiles, notamment lorsqu'elles prennent de l'âge ou qu'elles doivent subir une opération.»

Directrice Research, GDI, «Handelszeitung», 13.1.2010

Karin Keller-Sutter

Donner et recevoir

«Si davantage de personnes des zones frontalières viennent (...) se faire soigner en Suisse, les zones frontalières en Suisse pourront aussi en profiter.»

Conseillère aux États de St-Gall, session de printemps 2015

Association des laboratoires médicaux de Suisse (FAMH)

Sans frontières, pas de qualité?

«Pour des raisons d'assurance qualité, l'association estime que le principe de territorialité est éminemment important.»

Prise de position sur la modification de la LAMal, 16.2.2015

Simone Rüdlin

Le tourisme médical: un pur luxe!

«Nous avons déjà eu des patients qui voulaient réserver tout un service. Ça ne va pas.»

International Service Hôpital univ. Bâle, SRF, 24.7.2015



Suivez-nous sur Twitter:
twitter.com/CSSPolitik



Philomena Colatrella
est présidente de la Direction générale du Groupe CSS.

Fermeture des frontières!?

Sommaire

- 4 **Le principe de territorialité dans la LAMal**
La santé, un système verrouillé
- 7 **Point de vue**
De meilleurs soins grâce à l'ouverture?
- 8 **Contexte**
Quand le territoire devient soudain un cyberspace
- 10 **Pratique**
La santé transfrontalière
- 11 **Un autre regard**
La qualité fait exporter
- 12 **On en parle**
«Pour une intervention très complexe, j'irais à l'étranger!»
- 16 **Personnel**
La qualité ne s'arrête pas aux frontières
- 18 **Santé!**
Le marché des patients n'existe pas
- 19 **Science**
Tourisme médical:
pourquoi sommes-nous mobiles?

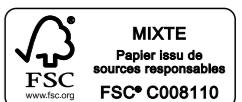
Où est la frontière? À Bâle, Chiasso, Genève, par exemple. Car en ce qui concerne nos soins de santé, tout ce qui est de l'autre côté est tabou. En Suisse, le principe de territorialité s'applique dans l'assurance obligatoire des soins: ceux qui veulent se faire soigner à l'étranger paient de leur poche. Même si la qualité dans une clinique de l'étranger est peut-être meilleure et le prix moins élevé.

Mais cela a-t-il encore un sens, dans un monde globalisé, de s'accrocher à des espaces de soins qui s'arrêtent aux frontières politiques? Pourquoi le système de santé suisse reste-t-il de par la loi un îlot aux tarifs élevés au milieu de l'Europe? Pour les fournisseurs de prestations suisses, notamment les hôpitaux, de tels propos doivent sembler hérétiques. Pour moi en tant que nouvelle CEO de la CSS Assurance, il se pose toutefois la question de savoir dans quelle mesure le principe de territorialité est finalement un frein.

Car dès lors qu'il est question de qualité et dans ce contexte précisément, de centralisation des compétences dans le domaine de la santé, celles-ci ne devraient pas être bloquées aux frontières. Qui sait: peut-être qu'un assouplissement du principe de territorialité en Suisse ferait enfin se taire les voix patriotiques qui veulent nous dire: «Nous devons tout proposer partout», «La spécialisation oui, mais pas chez nous» et «Nous sommes les meilleurs». Car là-bas, ils sont tout aussi bons.

Mentions légales

Paraît trois fois l'an en allemand et en français. Éditeur: CSS Assurance, Tribtschenstrasse 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, iStockphoto/kasto80, Daniel Ammann, Keystone/Interfoto/TV-Yesterday, 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).



Le principe de territorialité entrave le système de santé. Alors que l'importation et l'exportation sont autorisées pour les produits, les prestations doivent sur le principe être fournies en Suisse. Cela nuit à la concurrence, diminue la qualité et augmente les coûts. Il est grand temps d'ouvrir les frontières nationales, pour les prestations de santé aussi.

Par Fridolin Marty, D^r sc. pol.

La santé, un système verrouillé

Comme dit le dicton, posez une question à trois économistes et vous obtiendrez quatre avis différents ! Les experts en économie se rejoignent toutefois sur une chose: le commerce extérieur est rentable pour tous. Et contrairement à une idée reçue, cela profite aux deux parties, il n'y a pas que les plus forts qui y gagnent. Même si un pays a une production moins efficace dans tous les domaines, il peut néanmoins exporter. Cela s'explique par le fait que chaque pays a des avantages comparatifs. En fait, un pays fort ne peut pas tout faire lui-même. Confier des tâches aux autres en vaut la peine, p. ex. lorsque Federer engage une nounou pour enseigner le tennis à ses filles. Federer le ferait certes bien mieux qu'elle, mais l'avantage comparatif est du côté de la nounou, parce que Federer a des tournois à jouer. Et là, par rapport à la nounou, il a une longueur d'avance plus grande que dans l'école de tennis. Si Federer externalise l'enseignement du tennis, il en profite, et sa nounou aussi.

Le commerce extérieur dans le système de santé?

Ainsi, si le commerce extérieur est bon, nous devrions le promouvoir dans tous les domaines. Le faisons-nous? Osons la preuve par l'exemple au moyen du système de santé. Le secteur médical est assurément l'un des marchés à plus forte croissance. Pour de multiples raisons. Il y a d'une part les facteurs exogènes tels que la démographie ou le progrès technologique. Ils augmentent la demande et améliorent l'offre. L'organisation des marchés partiels est d'autre part déterminante. Pour les produits, nous observons un commerce intense, qui profite à l'économie nationale suisse dans son ensemble.

En bref

- Le commerce extérieur constitue une plus-value importante pour le système de santé.
- La pharma et le med-tech sont les piliers les plus stables de l'industrie suisse d'exportation.
- Le principe de territorialité de la LAMal rend quasiment impossibles l'importation et l'exportation de prestations de santé.

Les secteurs de la santé actifs à l'international engrangent chaque année près de CHF 80 milliards grâce aux exportations. Avec une part supérieure à un tiers, la pharma et le medtech sont les piliers les plus stables de notre économie d'exportation. La situation est bien différente pour les prestations de santé. Ce domaine est fortement réglementé et reste principalement axé sur le marché intérieur. Il en résulte des prix élevés et une faible concurrence qualitative. Tandis que les secteurs d'exportation vendent leurs produits dans le monde entier et doivent s'affirmer face à de multiples concurrents, la tâche des prestataires de services est relativement simple: ils n'ont à redouter que la concurrence nationale. Ils disposent en outre de moyens politiques pour la restreindre, p. ex. par l'obligation de contracter avec les assureurs-maladie. Parmi les freins à la concurrence, il y a aussi le principe de territorialité.

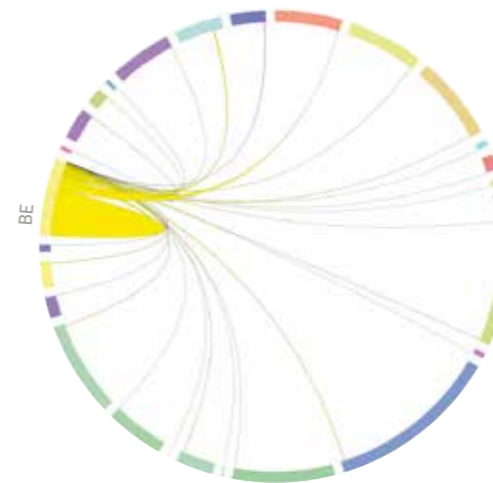
La LAMal empêche le commerce extérieur

Tout comme l'obligation de contracter, le principe de territorialité est ancré dans la loi sur l'assurance-maladie. Il limite la prise en charge des coûts des traitements à l'étranger, ce qui explique pour beaucoup la mollesse du commerce extérieur dans le secteur des prestations: les patients suisses se font peu soigner de l'autre côté de la frontière. Cette restriction dans l'importation des prestations médicales a un impact sur l'exportation. Les hôpitaux d'ici soignent très peu de patients étrangers, ils exploitent trop peu le potentiel d'exportation de leurs prestations de services. La Suisse serait le choix idéal pour des interventions planifiées: la sécurité, la formation et la réputation y sont bonnes. Comme les taux d'intérêt sont bas, des investissements pourraient être effectués sans problème. Le groupe de cliniques Hirslanden, pourtant à orientation →

Où les patients se font-ils soigner?

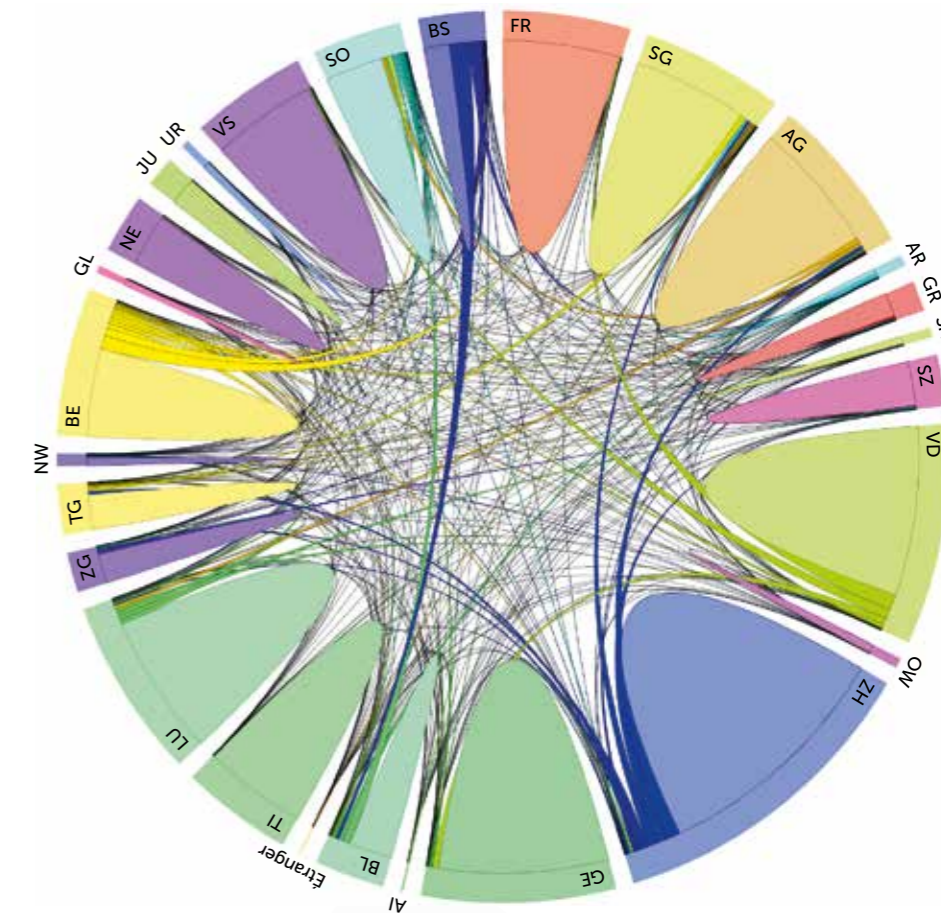
Un aperçu des flux de patients entre canton de domicile et canton de prestations*

Exemple de lecture assurance de base dans le canton de Berne

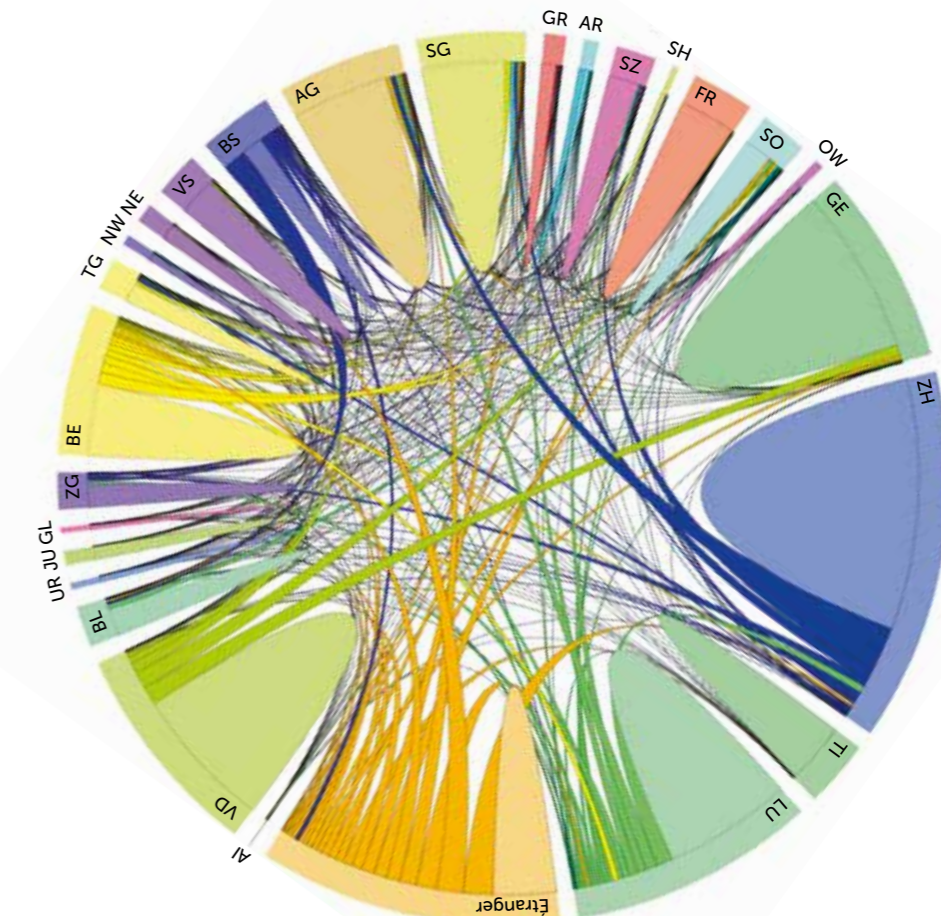


La demi-ellipse jaune correspond à tous les Bernois qui restent à Berne pour leur traitement. Les autres lignes matérialisent les mouvements entre Berne et les autres cantons, sachant qu'une ligne comporte toujours le mouvement au départ de Berne et en direction de Berne. Pour des informations détaillées sur les chiffres et les sens de déplacement, il est possible de consulter les graphiques ci-après en ligne sur: blog.css.ch/mobilité-des-patients

Mobilité des patients dans l'assurance de base



Mobilité des patients dans l'assurance complémentaire



* Le canton d'origine correspond toujours au canton de domicile de la personne assurée. Le canton cible correspond au canton dans lequel le fournisseur de prestations est déclaré.

Source: toutes les données proviennent des décomptes de prestations LAMal et LCA de la CSS Assurance, année 2014, état des données: 10.7.2016

→ internationale, ne soigne que 4% de patients venus de l'étranger. Dans les hôpitaux publics, c'est encore moins. Idem pour les laboratoires d'analyse: ils se limitent au marché national parce qu'ils sont à l'abri de la concurrence étrangère. Les analyses remboursées doivent pratiquement toutes être réalisées en Suisse.

Dans le contexte de la libre circulation des personnes, cette absence de fait de commerce extérieur paraît presque absurde. Le pourcentage de médecins exerçant en Suisse avec un diplôme étranger augmente constamment: quasiment un sur trois aujourd'hui. L'approvisionnement médical de la Suisse axé sur le marché intérieur ne peut être maintenu que grâce à cette immigration. D'un côté, le législateur refuse les traitements à l'étranger à la charge de l'assurance-maladie, interdisant ainsi l'importation de prestations, et de l'autre, la Suisse importe les fournisseurs de prestations. Une asymétrie inimaginable dans d'autres domaines. C'est un peu comme si on interdisait aux étudiants d'aller apprendre l'anglais à l'étranger... En lieu et place, on ramènerait en Suisse une armée de «native speakers» pour parfaire l'anglais des élèves.

Des essais dans les régions frontalières

Les politiques ont néanmoins assoupli le principe de territorialité dans le cadre d'un essai pilote: pour la période 2007 à 2009, le Conseil fédéral avait lancé un projet prévoyant une collaboration transfrontalière pour les prestations de santé. Par exemple, les Bâlois pouvaient se faire soigner dans la région de Lörrach et inversement. Le volume était toutefois très faible: sur 3 ans, les coûts ont atteint CHF 1,2 million. Ramené aux coûts de l'assurance de base de Bâle-Ville, cela représente un pour mille! Dans la 2^e phase pilote de 2010 à 2014, on voulait augmenter le volume, mais cela a

échoué. La croissance de la collaboration transfrontalière a évolué au niveau du renchérissement général. Le bilan du projet pilote est décevant. L'objectif principal, à savoir améliorer la collaboration transfrontalière, a été manqué. Le Conseil fédéral envisage néanmoins d'assouplir le principe de territorialité dans les régions frontalières.

L'esprit de clocher fige les structures de soins

Et qu'en est-il au fait du «commerce extérieur» au-delà des frontières cantonales? Même entre les cantons, les flux de patients ne sont pas énormes. Le nouveau financement hospitalier a certes induit une évolution positive, mais le système de santé doté d'une structure fédéraliste a toujours un ancrage régional marqué. «À chaque val son hôpital»: un slogan que les responsables politiques actuels adorent: l'initiative sur les sites hospitaliers veut inscrire noir sur blanc dans la loi les sites hospitaliers du canton de Berne à exploiter. Parmi ceux-ci, St-Imier est à 20 minutes en voiture de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, à 30 minutes de celui de Neuchâtel et 40 minutes de l'hôpital de Bienne. Le cas du site de Münsingen, lui aussi concerné par l'initiative, est encore plus extrême: il se trouve à 20 minutes en voiture de l'hôpital de Thoun et à 20 minutes de Berne. Sans compter leur hôpital, les habitants de Münsingen ont le choix entre plus de 20 cliniques à une distance en voiture de 20 minutes!

Convention intercantonale

La Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) tente de casser ces structures hospitalières. Malheureusement, son contenu est aussi complexe que son nom. On lui reproche en outre de procéder à des restrictions de prestations au détriment des hôpitaux privés. Au lieu de favoriser la concurrence, elle la limite subitement. Mais comment fonctionne cette convention? Les cantons ont pour mandat de planifier ensemble la médecine hautement spécialisée (MHS) sur le plan suisse dans le but de répartir les prestations hautement spécialisées sur quelques sites. Cela doit augmenter le nombre de cas par hôpital et améliorer ainsi la qualité. Une planification accrue permettra-t-elle d'atteindre cet objectif? On peut en douter. Pour les transplantations, c'est encore moins reluisant: on compte six centres de transplantation rénale. Le nombre d'opérations varie fortement d'un site à l'autre. St-Gall effectue cinq fois moins de transplantations rénales que Zurich ou Bâle. Malgré la CIMHS et le faible nombre de cas, St-Gall a pu se maintenir. Le nombre de cas de transplantations cardiaques est également faible: chacun des trois centres de Lausanne, Berne et Zurich transpose une douzaine d'organes par année. Néanmoins, les trois centres sont maintenus. Il n'y a que pour les poumons que l'on a réussi à s'entendre sur deux centres, l'un en Suisse alémanique et l'autre en Romandie. Mais cet accord est antérieur à la CIMHS... On peut donc craindre que cette convention ne serve à rien, sauf à épargner aux cliniques universitaires d'être en concurrence avec les hôpitaux privés, qui n'ont plus le droit de faire des interventions difficiles.

Un potentiel inexploité...

Les facteurs technologiques pour stimuler l'internationalisation de la médecine ne manquent pas. Outre

Faire ses courses en France? Aucun problème. La dolce vita en Italie? Pourquoi pas... Ce qui est devenu courant dans le commerce de détail et le tourisme reste inexploité dans le domaine de la santé. Pourtant, il existe de bonnes raisons de voyager à l'étranger pour des traitements médicaux.

De meilleurs soins grâce à l'ouverture?

Le principe de la territorialité est inscrit dans la loi sur l'assurance-maladie. Dommage, car l'ouverture des frontières favoriserait notamment la qualité des prestations. Selon quel fonctionnement? Prenons la clinique Martini de Hambourg, que nous avons présentée dans «place au dialogue» 3/2015. Équipée de trois robots, elle réalise chaque année près de 2200 ablations de prostate selon une méthode minimale invasive. La qualité des résultats à Hambourg le montre: à la clinique Martini, 93,5% des patients opérés restent entièrement continents, alors que le taux de réussite pour l'Allemagne est de 56,7%.

En comparaison: la Suisse est équipée de 23 robots pour cette opération. Les meilleurs hôpitaux opèrent toutefois une centaine de patients par année. L'offre excessive entraîne des coûts par cas élevés et un faible nombre de cas, et ainsi une qualité douteuse. À Hambourg en revanche, les patients peuvent escompter une meilleure qualité du fait du nombre de cas supérieur et de l'expérience. La collectivité solidaire en profite aussi: les tarifs moins élevés pèsent moins sur l'assurance obligatoire des soins. Au lieu d'un système propice aux intérêts personnels, sur le dos des patients et des patients, une ouverture favoriserait la concurrence.

En Suisse, les prestataires devraient se confronter à la concurrence avec l'étranger et mettre sur pied des centres spécialisés après avoir attesté en toute transparence de la qualité des prestations. Que les esprits critiques le sachent: dans les pays nordiques tels que la Finlande, les structures de soins fonctionnent bien, la qualité est mise au premier plan, sans que des offres maximales sur l'ensemble du territoire ne soient proposées.

Pour que cela fonctionne, il faut créer les conditions cadres d'un approvisionnement transfrontalier. Les patients doivent savoir pourquoi ils devraient se rendre à l'étranger pour certaines prestations. La transparence sur la qualité s'impose, en Suisse comme à l'étranger. De plus, les soins médicaux de base et en cas d'urgence doivent être garantis dans le proche voisinage. Dans les domaines spécialisés, l'ouverture pourrait booster la concurrence en Suisse et entraîner une concentration des offres, et donc une meilleure qualité de traitement. Enfin et surtout: il ne faut contraindre personne à se faire soigner à l'étranger. Le patient peut décider lui-même. Ainsi seulement, nous pourrions promouvoir une médecine de qualité et en profiter.

les analyses de laboratoire, certaines prestations pourraient être importées de l'étranger, grâce à Internet. La cybersanté permettrait p. ex. d'accompagner les opérations au moyen de la télémedecine. Cela se fait déjà aujourd'hui dans des cas isolés, c'est vrai, mais le potentiel est loin d'être exploité. De même, il serait possible de faire réaliser des opérations par le meilleur spécialiste de la branche à l'étranger sans avoir à voyager loin pour les soins postopératoires. Cela interviendrait dans l'hôpital le plus proche. L'hôpital à l'étranger encadrerait l'hôpital local par télémedecine pour la prise en charge consécutive. La mondialisation et le networking international sont dans toutes les bouches, mais si l'on prend l'exemple de la santé, tout

se joue encore sur le plan national au mieux des cas. Souvent, les enjeux restent cantonaux, voire régionaux la plupart du temps. Tant que la collectivité supportera les coûts de cette orientation vers l'intérieur, et non les individus, peu de choses changeront dans un futur proche.

Fridolin Marty, D^r. sc. pol., est responsable de la politique de la santé chez economiesuisse. Au sein de l'association faitière de l'économie, il se mobilise pour un système de santé concurrentiel et ouvert à l'innovation.



Judith Dissler est corédactrice en chef de «place au dialogue» et spécialiste de la politique de la santé. judith.dissler@css.ch



Les **habitants** de Münsingen ont le choix, sans compter leur propre hôpital, entre plus de **20 cliniques** à une distance en voiture de **20 minutes!**



Le nombre d'opérations varie fortement d'un site à l'autre. **St-Gall** réalise cinq fois **moins de transplantations rénales** que Zurich ou Bâle.

Le numérique change beaucoup le système de santé. Cela provient du fait que les acteurs évoluent au sein de réseaux qui ne sont pas organisés selon une approche «top down» comme autrefois, mais «bottom up». Le networking croissant modifie aussi les exigences des patientes et des patients.

Par Prof. Dr. Andréa Belliger

Quand le territoire devient soudain un cyberspace

La transformation numérique a également atteint le domaine de la santé, à côté de nombreux autres secteurs. Cela est maintenant bien connu. Avec la loi sur le dossier électronique du patient (LDEP), le cadre légal d'une communication numérique sécurisée dans le domaine de la santé a été créé. Lentement mais sûrement, cette évolution technologique est prise au sérieux et intégrée dans les cliniques, les cabinets et les laboratoires. Depuis longtemps toutefois, la discussion ne porte plus seulement sur les innovations et exigences technologiques au niveau des infrastructures ou les questions d'interopérabilité dans l'échange de données entre les acteurs du système de santé, mais de manière fondamentale sur de nouvelles approches préventives, diagnostiques, thérapeutiques et de recherche.

Du système au réseau

Cela s'impose aussi, car indépendamment du système de santé classique, une sorte de monde parallèle s'est déjà développé: le monde des citoyens connectés, des consommateurs connectés. Ce monde parallèle crée

de nouvelles normes et valeurs. La communication ouverte, la transparence, la participation, et donc les nouvelles exigences vis-à-vis des fournisseurs de prestations et des organismes-payeurs sont au cœur de ce nouveau monde, dont il émane une grande énergie transformatrice, qui chamboule passablement le système de santé tel que nous le connaissons. Cette transformation numérique dans le domaine de la santé prend ses racines dans le phénomène de la connectivité, autrement dit l'organisation de notre monde en réseaux. Toutefois, la connectivité est beaucoup plus qu'un réseautage technologique au sens traditionnel. Elle implique plutôt un changement de paradigme des «systèmes» aux «réseaux».

L'organisation de réseaux

Les réseaux en tant que forme d'organisation inédite fixent des fonctions et des rôles clairs, ils sont ouverts et perméables, non hiérarchisés et socio-techniques, ce qui signifie qu'ils sont composés indifféremment et équitablement d'acteurs humains et non humains. Les réseaux ne peuvent pas être pilotés «top down», un défi à ne pas sous-estimer en termes de management et leadership. Dans les réseaux, l'ordre est généré «bottom up» par l'auto-organisation. Pendant que les systèmes cherchent à réduire la complexité par des processus clairs, des organigrammes et une architecture hiérarchisée, les réseaux sont complexes, hétérogènes et en mutation permanente. Ils conçoivent l'innovation à partir de cette complexité. Aujourd'hui, les réseaux constituent de plus en plus la trame de fond de l'analyse des thèmes de la santé et de la maladie. Car la maladie n'est plus gérée isolément entre le médecin et le patient, l'assureur et le client, mais en continu dans un réseau complexe d'acteurs très divers, en ligne ou non.

Les e-patients

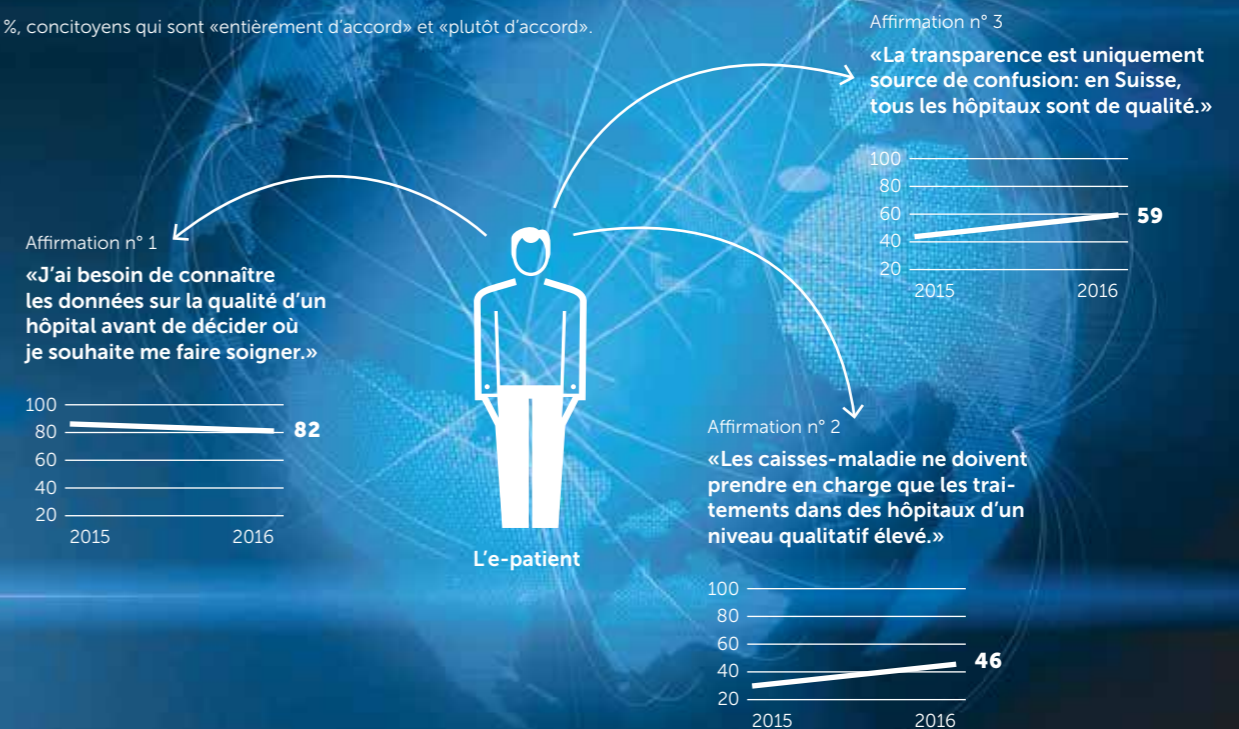
Dans le contexte de cette transformation numérique, une nouvelle génération de patients, ou plus précisément de consommateurs de la santé, s'est développée. Les e-patients, tel est leur nom, ont un grand impact sur le système de santé. Le «e» qui précède le mot patient ne signifie pas seulement «électronique», mais aussi educated, enabled, engaged et empowered: capable, actif, éduqué et compétent.

De nos jours, c'est devenu une évidence pour les patients de s'informer en ligne sur les symptômes, diagnostics et traitements possibles. Des plates-formes telles que washabich.de proposent des textes faciles à comprendre et des explications gratuites et professionnelles du jargon médical ou des renseignements gratuits sur des questions médicales telles que health-Tap.com. Des sites de comparaison indépendants tels que weisse-liste.de informent sur les nombres de cas, la sécurité des patients et l'hygiène des hôpitaux dans le but de rendre les patients capables de prendre des décisions fondées grâce à la transparence sur la qua-

Des patients décloisonnés

«Et si nous parlions des hôpitaux et des cliniques? Plusieurs données, dont la fréquence des complications postopératoires, permettent de démontrer la qualité d'un hôpital. Dites-moi si vous êtes entièrement d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les affirmations suivantes.»

En %, concitoyens qui sont «entièrement d'accord» et «plutôt d'accord».



Sources chiffres 2016: Moniteur de la santé 2016 de gfs.bern sur mandat d'Interpharma (N = env. 1200)

lité des prestataires de santé et à la promotion de la concurrence pour la qualité.

Aujourd'hui, les patients ne sont donc pas seulement informés, mais aussi connectés, par le numérique. Les groupes d'entraide en ligne comme patientslikeme.com ou le site spécialisé dans les maladies rares des enfants, kmsk.ch, qui permettent aux patients et à leurs proches de s'organiser, d'échanger et de se soutenir mutuellement, affichent des chiffres de croissance énormes. Les blogs de patients comme sugartweaks.de deviennent des interlocuteurs faciles d'accès, très authentiques et crédibles, pour des questions propres aux maladies.

Des frontières perméables

À côté des applis santé, les patients et les clients utilisent de plus en plus de prestations dans le domaine de la santé numérique: toutes les offres qui promettent plus de commodité, de confort, d'adéquation ou de sécurité ont le vent en poupe. Des consultations sont proposées en ligne et on peut obtenir un second avis médical avant une intervention sur meinezweitemeinung.ch. Il est possible d'enregistrer ses propres données de santé sur des plates-formes coopératives sécurisées telles que healthbank.coop.

Le monde de la santé connectée est extrêmement dynamique. La législation et les outils de gouvernance, mais aussi le discours officiel sur ces évolutions, sont à leurs balbutiements. Face à ces évolutions, on peut affirmer avec certitude que dans un monde qui se caractérise de plus en plus par des réseaux ouverts et perméables, le traditionnel principe de territorialité a peu de sens. Les frontières en tout genre sont devenues perméables, la santé se joue aujourd'hui en réseau. Le réseau de santé personnel ne s'arrête plus devant la porte du cabinet médical local ou aux frontières du pays. Les frontières cantonales et nationales figées donnent de plus en plus une impression de dysfonctionnement. Il faut de toute urgence développer de nouvelles approches de gouvernance dans le système de santé.

Prof. Dr. Andréa Belliger, D^r en théologie, vice-directrice de la Haute École Pédagogique de Lucerne et codirectrice de l'Institut de communication et de gestion. L'institut propose des cycles postgrade, entre autres sur le thème de la cybersanté et de la santé numérique. Infos sous: www.ikf.ch

En bref

- Actuellement, le numérique a un grand impact sur le système de santé.
- Les e-patients connectés s'organisent, s'informent et se regroupent en réseaux.
- Le réseau rend perméables les frontières en tout genre et rend les lois rigides dysfonctionnelles.

Dans la région de Bâle, environ un patient de réadaptation sur dix est en traitement en Allemagne. Une proportion qui pourrait augmenter une fois que la révision prévue de la LAMal aura surmonté les obstacles politiques. La collaboration transfrontalière dans le domaine de la santé entre les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et l'arrondissement de Lörrach a du potentiel.

Par Lukas Engelberger, conseiller d'État

La santé transfrontalière

Les questions économiques, sociales et culturelles font déjà l'objet d'une collaboration étroite entre les communes suisses et allemandes limitrophes dans la région des Trois Pays. Les acteurs responsables des cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, de l'arrondissement de Lörrach, du Ministère des affaires sociales de Bade-Wurtemberg et du Ministère fédéral de la santé de Berlin partagent également cette vision d'un assouplissement du passage de la frontière pour le système de santé dans la région des Trois Pays.

Afin de vérifier concrètement les conséquences d'une collaboration transfrontalière dans le domaine de la santé entre la Suisse et l'Allemagne, le projet pilote binational limité dans le temps «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen», dont l'acronyme est «Grüz», a été lancé en 2007. Tant les assureurs-maladie allemands que suisses, mais aussi les cliniques des cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et de l'arrondissement de Lörrach, peuvent participer au projet.

La législation suisse sur l'assurance-maladie fait appliquer le principe de territorialité. Il y a peu de temps encore, c'était aussi le cas en Allemagne. La loi y a toutefois été adaptée en vue d'une abrogation totale de ce principe. La Suisse a ainsi été assimilée aux autres États de l'UE dans la loi allemande sur la modification du droit des contrats des médecins (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) par rapport aux traitements à l'étranger. Ainsi, les patientes et patients allemands peuvent se faire soigner en Suisse, indépendamment du projet pilote «Grüz». L'Hôpital universitaire de Bâle traite un nombre considérable de patientes et patients venus d'Allemagne. En Suisse en revanche, l'art. 36a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) a simplement autorisé à partir de 2006 la réalisation de projets pilotes limités à quatre

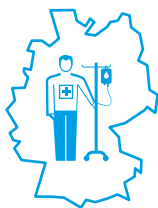
ans, avec une possibilité de prolongation de quatre années supplémentaires. Entre-temps, l'ordonnance a été complétée en conséquence et les projets pilotes ont été prolongés deux fois de quatre ans. Après cette deuxième phase de prolongation, qui se terminera fin 2018, la possibilité de collaboration transfrontalière devra être ancrée définitivement dans la législation suisse. En 2015, le Conseil fédéral a adressé au Parlement une demande allant dans ce sens.

Acceptation et appui

L'ancrage légal définitif de la sollicitation de prestations dans les zones frontalières telles que la région de Bâle est capital, puisqu'au cours de ces dernières années, le projet pilote a montré qu'un large appui et une grande acceptation sont à escompter au sein de la population.

Ainsi, au cours de ces cinq dernières années, près de 230 patients des cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne ont en moyenne fait usage de la possibilité de se faire soigner en Allemagne. Pour près de 100 000 traitements hospitaliers stationnaires dans les deux cantons, l'offre transfrontalière vient compléter l'offre nationale en tant qu'alternative de proximité. Les prestations de réadaptation orthopédiques notamment sont bien sollicitées. Car il a été constaté que pour une qualité de traitement comparable et une grande satisfaction des patients, il y a de grandes différences de prix entre la Suisse et l'Allemagne. Une situation où chacun y gagne vraiment: alors que les offres de réadaptation sont assez peu nombreuses en Suisse, l'Allemagne a de bonnes capacités.

Afin de pouvoir continuer à exploiter le potentiel que recèlent les traitements transfrontaliers, tous les acteurs doivent entrer en jeu, notamment les cliniques, les assureurs et les prescripteurs, qui peuvent s'impliquer activement en faveur de la collaboration transfrontalière et bénéficier des coopérations correspondantes. Et ce qu'il faut surtout: la sécurité de la planification. Tandis que l'Allemagne a mis en place dès le départ une solution légale durable, un fondement légal définitif doit maintenant être trouvé en Suisse aussi. Quoi qu'il en soit, les responsables du projet pilote soutiennent activement l'adaptation légale en Suisse.



Chaque année, environ
230 patientes et patients
des cantons de Bâle-Ville
et Bâle-Campagne
suivent un traitement en Allemagne.

Dr. Lukas Engelberger est conseiller d'État et chef du Département de la santé dans le canton de Bâle-Ville.

Avec son ingéniosité infatigable, la brasserie Locher à Appenzell ne lâche rien face aux gros. Menacée dans son existence avec la suppression du cartel sur la bière en 1992, elle est l'exemple que l'ouverture des frontières favorise la qualité et la diversité.

Par Manuela Specker

La qualité fait exporter



Quand Karl Locher, le copropriétaire de la brasserie du même nom, parle de frontières, il fait référence aux frontières cantonales. Il n'y a pas si longtemps, elles jouaient encore un rôle important: le cartel de la bière de l'époque réglementait alors le marché suisse de la bière jusque dans le moindre détail. Chaque brasserie se voyait affecter des zones de distribution exclusives, et le conditionnement devait être conforme à certaines normes. En 1992, le vent a tourné: le cartel de la bière a été abrogé. Sur un marché libéralisé, les brasseries devaient dorénavant s'imposer avec leurs produits.

Karl Locher se souvient de ce moment comme si c'était hier. «Dès la semaine qui a suivi la chute du cartel de la bière, des collaborateurs du service externe de grandes brasseries sont venus faire la chasse aux clients sur notre territoire.» Le maître brasseur savait alors que c'était une question de vie ou de mort. Une dizaine de personnes travaillaient à l'époque pour la brasserie Locher à Appenzell, qui ne pouvait se concentrer que sur la clientèle existante. Comptant aujourd'hui plus de 100 collabora-

teurs, elle est devenue une brasserie de taille moyenne et depuis la suppression du cartel de la bière, sa part de marché est passée de 0,1% à 5%. Comment a-t-elle réussi à affronter des brasseries importantes telles que Carlsberg et Heineken? En misant courageusement dès le début sur les bières spéciales, le caractère régional et la qualité.

Elle a commencé à créer des bières inexistantes en Suisse. Cela a marqué le coup de départ d'une plus grande diversité et d'un plus grand choix sur un marché qui, à l'époque du cartel, ne connaissait que la «bière suisse». À cette période, Karl Locher luttait 7 jours/7, de 5 h du matin à 23 h, sans grands moyens financiers.

En 1996, Karl Locher et son cousin Raphael Locher reprirent le flambeau de l'entreprise familiale depuis cinq générations et mirent le paquet sur l'innovation. «C'était pour nous le seul moyen de nous démarquer des grands.» La brasserie Locher fut la première à commercialiser une bière non filtrée. Les consommateurs n'étaient pas habitués à de telles expérimentations. «Ils pensèrent d'abord que la bière avait un problème.» D'autres spécialités suivirent avec la bière Pleine Lune, la bière au chanvre ou la bière de riz, pour ne citer que quelques exemples. La brasserie compte aujourd'hui près de 28 bières différentes dans son assortiment.

«Nous avons vite pu livrer au-delà de la frontière», explique Karl Locher. Il faut comprendre: de la frontière du canton d'Appenzell R.-I. La Quöllfrisch, aujourd'hui disponible dans toutes les filiales Coop a donné une notoriété nationale à la brasserie.

L'ingéniosité de la brasserie Locher montre que la libéralisation du marché est une chance et que la qualité et la diversité permettent de s'imposer. «Sous le cartel, la bière était marginalisée», explique Karl Locher. Aujourd'hui, de nombreuses petites brasseries indépendantes dynamisent le marché, et personne ne parle plus de «bière suisse».

Karl Locher (56 ans) est depuis 1989 copropriétaire et membre de la direction de la brasserie Locher AG à Appenzell. Détenu par la famille Locher depuis 1886, cette entreprise familiale fabrique de la bière depuis cinq générations.

«Sous le cartel, la bière était marginalisée.»

En bref

- Le cartel de la bière a réglementé le marché suisse de la bière jusqu'en 1992.
- Après la chute du cartel, les brasseries ont dû lutter pour survivre.
- L'innovation et l'ingéniosité sont essentielles pour se démarquer des grands.

Aujourd'hui, pour qu'un traitement soit pris en charge, il faut que les prestations soient fournies en Suisse. Cela répond au principe de territorialité ancré à l'article 34 LAMal. Néanmoins, depuis dix ans, dans le cadre de projets pilotes, l'assurance obligatoire des soins (AOS) peut rembourser les coûts des traitements médicaux dispensés dans la zone frontalière, entre autres dans la région Bâle-Lörrach. Le Conseil fédéral entend poursuivre durablement ces projets et permettre de nouvelles formes de collaboration transfrontalière. Judicieux ou absurde? Pour le débat contradictoire, le surveillant des prix Stefan Meierhans et l'ancien médiateur des caisses-maladie, Gebhard Eugster, ont été conviés.

Interview réalisée par Patrick Rohr

«Pour une intervention très complexe, j'irais à l'étranger!»



Gebhard Eugster (à gauche) est l'auteur d'un ouvrage de référence sur l'assurance-maladie. Il était greffier au Tribunal fédéral des assurances avant de devenir directeur de l'Office de médiation de l'assurance-maladie créé en 1993. Il a été médiateur de l'assurance-maladie de 1997 à 2006. Aujourd'hui, il travaille en tant que conseiller indépendant.

Stefan Meierhans (à droite) est docteur en droit. Il a travaillé à l'Office fédéral de la justice dans le droit privé de l'économie avant de s'occuper de l'engagement social de l'entreprise en tant que Citizenship Lead chez Microsoft. Il est le surveillant des prix depuis 2008. Il vit à Berne avec sa famille. Comme G. Eugster, il vient d'Altstätten dans la vallée du Rhin saint-galloise.

Patrick Rohr (PR): Gebhard Eugster, quelle est votre position sur le principe de territorialité: l'assouplir, le supprimer, le maintenir?

Gebhard Eugster (GE): Un assouplissement de l'article 34 tel qu'il est envisagé en ce moment ne s'impose pas selon moi. Le projet pilote Bâle-Lörrach n'a pas eu d'impact sur les primes et le nombre d'utilisateurs tend même à reculer. Une modification de la loi intervient toujours par nécessité ou par besoin. Cela n'est pas vraiment le cas ici.

PR: Stefan Meierhans, il n'y a donc aucun besoin de changement?

Stefan Meierhans (SM): Au cours de ces 20 dernières années, soit depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les dépenses de santé ont été multipliées par deux. Elles ont doublé deux fois plus vite que le produit intérieur brut, et augmenté cinq fois plus vite que les salaires. Et la courbe continue à monter. D'où la question: comment voulons-nous doser la concurrence dans le système de santé pour atténuer quelque peu la pression sur les coûts? En général, les prestataires veulent restreindre la concurrence pour imposer des prix plus élevés. Cela ne bénéficie ni aux assurés ni aux patients. Seuls les fournisseurs de prestations en profitent.

PR: Donc il faut assouplir l'article 34 pour stimuler la concurrence et faire baisser les prix?

SM: Tout à fait.

PR: Êtes-vous convaincu par cet argument en faveur de l'assouplissement, Monsieur Eugster?

GE: Je suis d'accord avec le principe: nous devons agir contre la hausse fulgurante des coûts. Mais un assouplissement de l'article 34 n'apporterait rien. Comme nos structures salariales sont très différentes, nous ne pouvons pas laisser jouer la concurrence entre fournisseurs de prestations suisses et étrangers. Ce serait malsain et inapproprié! Des salaires suisses et des prix étrangers: cela ne va pas ensemble. Tout coûte plus cher chez nous, c'est pourquoi nos salaires sont aussi 50% plus élevés qu'en Allemagne.

SM: Monsieur Eugster, nous gagnons un franc sur deux à l'exportation, alors même que notre industrie exportatrice se bat sur un marché mondial, en concurrence avec des pays où les coûts et les salaires sont beaucoup plus bas. Peter Spuhler le voit très bien avec sa société Stadler Rail en Thurgovie: pour être présent en Ukraine ou en Pologne, il faut s'adapter, quel que soit le loyer de l'usine de Bussnang, quel que soit le niveau des salaires en Thurgovie.



vie. Il faut simplement être meilleur, plus efficace, pour rester compétitif.

GE: Notre économie performante mérite le respect, mais sauf s'il y a péril en la demeure, nous ne pouvons pas transférer à l'étranger l'argent généré par les impôts et les cotisations sociales comme cela se fait p. ex. dans le commerce de détail.

SM: J'aimerais en finir avec ce débat sur les salaires! La comparaison des salaires nets en Suisse avec ceux de l'Allemagne ou de la France ne dit que la moitié de la vérité. Prenons quelques exemples: nous avons une semaine de 42 heures et la France en est toujours aux 35 heures. Autrement dit, nous travaillons un jour de plus par semaine que les Français. Un jour! C'est beaucoup! Congé maternité: chez nous, il est de 14 semaines. À l'étranger, il va jusqu'à 12 mois! Il faut financer cela d'une manière ou d'une autre. Caisse-maladie: en Allemagne ou en France, la prime est directement déduite du salaire. Chez nous, elle est payée avec le salaire net. Oui, le revenu disponible est plus élevé ici, mais nous travaillons également plus en contrepartie.

GE: Et comme la productivité du travail est supérieure en Suisse, il serait justifié d'acheter des prestations et des dispositifs médicaux à un meilleur prix à l'étranger? Je ne comprends pas cette logique.

SM: Penser que chacun doit payer au point que cela lui fasse mal serait du socialisme. Ainsi fonctionne notre système: ceux qui font plus d'efforts, travaillent plus, →



«La simple possibilité de se faire soigner à l'étranger pousserait les prestataires nationaux à améliorer leur efficacité et à pratiquer de meilleurs tarifs en Suisse.»

Stefan Meierhans

des caisses-maladie suisses. Cela initierait peut-être un long processus de développement, susceptible d'accélérer le nécessaire assainissement des structures dans le domaine de la santé. La simple possibilité de se faire soigner à l'étranger pousserait les prestataires nationaux à améliorer leur efficacité et à pratiquer de meilleurs tarifs

en Suisse. Cela bénéficierait donc à tous les payeurs de primes, même ceux ne se faisant pas du tout soigner à l'étranger. Autre chose: beaucoup de Suisses pensent que notre système de santé est le meilleur du monde. Des études comparatives indépendantes, dont certaines de l'OCDE, montrent qu'après les Américains, c'est nous qui payons le plus, mais pour une qualité moyenne. Nous ne sommes pas meilleurs. Très honnêtement: pour une intervention très complexe, je me rendrais peut-être à l'étranger où les nombres de cas sont parfois plus élevés. Plus le nombre de cas est important, meilleure sera la qualité. La Suisse est petite et ne peut tout simplement pas afficher les nombres de cas nécessaires pour toutes les interventions. La qualité en pâtit.

PR: Un argument en faveur de l'assouplissement, Monsieur Eugster! Je pourrais aller voir un médecin dans le Bade-Wurtemberg dont je sais qu'il a déjà opéré des centaines de personnes dans mon cas. C'est tout de même mieux qu'un médecin en Suisse ne l'ayant fait que deux ou trois fois, non?

GE: Les nombres de cas sont déterminants pour la qualité, c'est vrai. Cet argument est recevable à condition qu'il y ait la concentration correspondante dans la zone frontalière. Mais j'en doute beaucoup. Et il y a un autre point à prendre en compte: le phénomène des patients passant la frontière pour un traitement est marginal, comme en attestent les chiffres de l'Allemagne où il est possible de se soigner partout en Europe. Pourquoi? Les patients n'y ont aucun intérêt. Sur le plan financier, cela ne leur apporte rien. En plus, ils préfèrent être hospitalisés non loin de leurs proches et de leur lieu de travail. Enfin, il est très difficile d'examiner au cas par cas la qualité et l'adéquation d'une intervention. Nous avons alors affaire à des conventions thérapeutiques conclues à l'étranger. La relation entre le patient et le fournisseur de prestations relève alors du droit étranger, tant sur le plan du droit privé que civil. En cas de litige d'assurance, cela peut se compliquer passablement.

PR: L'assouplissement du principe de territorialité donnerait-il naissance à un monstre bureaucratique, Monsieur Meierhans?

SM: Pas de dramatisation! Certaines questions seraient en effet soulevées. Mais on devrait pouvoir essayer progressivement. Ceux qui, au pied de la montagne, disent qu'ils ne pourront jamais l'escalader n'arriveront jamais au sommet. Et encore un mot sur le contrôle qualité: il existe des standards de qualité contraignants au plan international, et pour les mesures de la qualité précisément, l'Allemagne nous devance largement. Elles sont certes prescrites par la LAMal, mais malheureusement, elles sont restées lettre morte jusqu'ici.

PR: Projétons-nous dans la pratique: le médecin prescripteur serait en Suisse, et le médecin dispensant le traitement à Fribourg-en-Brisgau ou près de Milan. Cela serait-il vraiment réalisable?

SM: Posez la question à un Tessinois: quand il a un problème complexe, il se déplace à l'Hôpital universitaire de Zurich, bien qu'on y parle une autre langue...

PR: ... oui, mais c'est le même pays, avec les mêmes lois ...

SM: Bon, l'Italie n'est peut-être pas le meilleur exemple quand il est question des hôpitaux publics. Mais il y a d'excellentes cliniques privées en Lombardie, et selon l'aménagement de la loi, des options tout à fait valables pourraient se présenter.

GE: Tout dépendrait toutefois de ce que le canton fait. Dans le domaine hospitalier, nous avons un financement dual pour le moment: le canton paie à 55%,

«Comme nos structures salariales sont très différentes, nous ne pouvons pas laisser jouer la concurrence entre fournisseurs de prestations suisses et étrangers.»

Gebhard Eugster

et les caisses à 45%. Dans le projet pilote bâlois, le canton a accepté de supporter sa part à l'étranger sur une base volontaire. Si le canton refuse en revanche, le modèle perd tout son attrait. Je suis persuadé que les cantons réfléchiront à deux fois. Premièrement, les hôpitaux leur appartiennent. Deuxièmement, on peut se demander s'ils accepteront de transférer l'argent des impôts à l'étranger et de financer de ce fait les cliniques étrangères. J'imagine qu'il pourrait être difficile d'expliquer cela au citoyen.

PR: Pour vous, Monsieur Eugster, il n'y a donc aucune bonne raison d'assouplir le principe de territorialité?

GE: Il serait bien sûr judicieux que chaque pays ne procède pas seul à l'évaluation des nouvelles technologies médicales et que cela puisse intervenir de façon centralisée. Et je tends la main aux solutions transfrontalières axées sur les projets, y compris celles qui dépassent le cadre de l'article 34. Par exemple pour les maladies orphelines, les maladies rares: si les possibilités de traitement sont meilleures en France qu'en Suisse, une prise en charge devrait être possible. Dans le domaine de la formation postgraduée aussi, une collaboration entre les pays est sûrement utile.

PR: Quant à vous, Monsieur Meierhans, vous iriez encore plus loin et aboliriez le principe de territorialité?

SM: Oui, car j'estime que la concurrence apporte de meilleures prestations, plus d'innovation et des prix plus bas. Je crois que nous devons oublier l'approche nationale et cantonale et réfléchir en termes d'espaces géographiques plus vastes. Le mot magique est: «concurrence potentielle». La pression de la concurrence à elle seule fait baisser les prix. La simple idée que les patients pourraient s'en aller incite les hôpitaux à changer de cap.

GE: Je n'exclurais pas un tel effet dans les débuts, mais je doute qu'il puisse être vraiment durable. Nous savons bien comment sont les gens...



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.

En Suisse, à de rares exceptions près, les traitements ne sont pris en charge que s'ils sont dispensés dans le pays. Martin Eberhard est néanmoins parti à l'étranger pour subir une intervention rare. Il ne regrette pas une seule seconde sa décision.

Par Judith Dissler

La qualité ne s'arrête pas aux frontières

Avant d'être confronté à son diagnostic de tumeur bénigne au cerveau, Martin Eberhard était convaincu que les prestataires suisses prodiguaient les meilleurs traitements au monde.

Sa maladie (neurinome de l'acoustique) lui a appris le contraire: «Dans un hôpital de Suisse, il m'a été expliqué clairement qu'un traitement de la tumeur bénigne était possible, mais sans garantie d'ablation totale et avec un risque d'atteinte supplémentaire de l'ouïe», se souvient-il. Une information dont le Zurichois a pris connaissance avec des sentiments mitigés. Il a alors cherché des renseignements supplémentaires sur son diagnostic sur Internet. Il a alors appris de source sûre qu'à l'étranger, certaines cliniques pouvaient retirer entièrement de telles tumeurs.

Tübingen découvert grâce au forum

Le site Internet de la communauté d'intérêts pour le neurinome de l'acoustique (IGAN), un projet de la Fondation Guido Fluri créé en 2007 regroupant plusieurs pays, lui a ouvert les yeux. Sur son forum, les personnes atteintes de cette maladie rare au niveau de la base du crâne communiquent. Les nombreux échanges lui ont fait prendre conscience qu'une opération à Tübingen était la bonne voie à prendre le concernant: «Compte tenu des nombres de cas supérieurs et de l'équipe spécialisée, les perspectives me paraissaient plus prometteuses», explique Martin Eberhard.

Après une première consultation avec le professeur compétent, il n'avait plus aucun doute: «La qualité des résultats obtenus de Tübingen a su me convaincre. Même s'il y avait aussi un risque d'atteinte de l'ouïe, la garantie de l'ablation de la tumeur entière pouvait m'être donnée.»

Un traitement au résultat réjouissant

Un mois après avoir opté pour Tübingen, il pouvait déjà commencer le traitement. Le résultat a été conforme aux attentes: la tumeur a été entièrement enlevée et malheureusement, l'ouïe a été endommagée. Ce risque existait aussi dans un hôpital de Suisse, mais il aurait été associé à celui de conserver des restes de la tumeur dans l'organisme.

Comme il s'agissait d'une intervention rare, l'expérience des médecins était un facteur de succès décisif pour l'ablation totale de la tumeur. Pour Martin, ces considérations ont été essentielles au moment de se décider pour l'opération à l'étranger. Pour lui, il était clair que les personnes subissant cette opération en Suisse sont moins nombreuses, et que le nombre de cas par médecin est de ce fait beaucoup plus bas. Il en résulte forcément une expérience moins grande et un résultat plus mauvais.

L'obstacle du principe de territorialité

Avant son opération à Tübingen, Martin s'était renseigné auprès de son assurance-maladie pour savoir si elle supporterait les coûts. Une prise en charge par l'assurance de base a toutefois été refusée. Car en Suisse, le principe de territorialité s'applique (art. 34 LAMal). Selon lui, l'assurance de base ne peut supporter les frais de traitement à l'étranger que dans des cas exceptionnels. Les considérations de prix ou de qualité ne jouent aucun rôle. «En vertu des dispositions légales, l'assurance a refusé la prise en charge des coûts. Il m'a été difficile d'accepter cette décision. Car l'opération à Tübingen coûtait environ 20 000 euros, un prix moins élevé qu'en Suisse. De plus, le résultat était beaucoup plus satisfaisant, et donc plus efficace qu'en Suisse», explique Martin, qui s'était penché longuement sur son cas et son diagnostic.

Avec l'aide de ses parents, Martin a réussi à réunir les fonds nécessaires pour payer l'opération en Allemagne. «J'ai eu la chance de pouvoir choisir. Les personnes atteintes que j'avais rencontrées sur le forum ne pouvaient pas toutes opter pour le meilleur traitement possible. Quand les moyens financiers ne sont pas disponibles, l'opération en Suisse avec de moins bonnes perspectives de réussite reste la seule option.»

Je referais exactement la même chose

Cela le fait réfléchir. Mais il procéderait exactement de la même manière qu'à l'époque, en 2009. «Pour une

«Pour une telle intervention, seul le résultat compte.»



Neurinome de l'acoustique: tumeur bénigne, qui part du tissu conjonctif du nerf auditif et de l'équilibre (nervus vestibularis).

telle intervention, seul le résultat compte. La proximité de la famille est secondaire. Je voulais le meilleur traitement possible, avec le meilleur résultat possible. J'ai supporté les frais de voyage et les 20 000 euros de l'opération.»

Aujourd'hui, grâce à la mobilisation de la Fondation Guido Fluri, un chirurgien de la base crânienne exerce à Lucerne. Martin pourrait donc se faire opérer en Suisse par un médecin expérimenté avec un résultat de qualité similaire à celui de Tübingen à l'époque. Comme la prestation est fournie en Suisse, l'assurance prendrait en charge l'opération.

Sa propre expérience a donc forcé Martin Eberhard à revoir son jugement du système de santé suisse. «En Suisse, nous bénéficions de très bons soins et d'une

médecine de haut niveau. Mais pour les interventions spécialisées, il existe aussi de très bons centres en Europe. J'ai bien compris que pour de telles interventions, le nombre de cas a un impact direct sur la qualité.» S'il doit subir de nouvelles interventions à l'avenir, il ne manquera pas de s'informer et de comparer. Selon lui, une

assurance de base ne devrait pas se limiter à la prise en charge des prestations fournies en Suisse. La qualité du résultat et le prix de la prestation fournie, quel que soit le lieu, importent beaucoup plus. Car la qualité ne s'arrête pas aux frontières.

Martin Eberhard (52) habite à Thalwil. Le Forum de la communauté d'intérêts pour le neurinome de l'acoustique (IGAN) a joué un rôle central dans sa décision d'opérer sa tumeur bénigne en Allemagne, à Tübingen: www.akustikusneurinom.info

En bref

- L'assurance de base ne rembourse que les prestations fournies en Suisse.
- La qualité des résultats n'est pas comparée aux prestations à l'étranger.
- Si c'était à refaire, Martin Eberhard ne changerait rien.

Le marché des patients n'existe pas



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.

Nombreux sont nos concitoyens qui se moquent, à juste titre, du principe de territorialité inscrit dans la LAMal, comme un peu des péages des Confédérés de l'époque... Quand je n'ai qu'à tendre le bras et prendre un paquet d'aspirine dans le rayon d'un grand magasin lorsque je suis aux États-Unis, je ne sais pas si je dois rire ou pleurer. De nombreuses personnes en voyage à l'étranger doivent probablement se demander aussi, lorsqu'elles achètent des médicaments, pourquoi le législateur protège autant les prix d'un secteur d'activités. À l'époque, il y avait peut-être des raisons d'instaurer une telle loi, mais les temps ont changé... Et l'esprit du temps est différent.

Le fait que 66 ans seulement se soient écoulés entre le premier vol motorisé et les premiers pas d'un homme sur la Lune permet de retracer le progrès technique. Néanmoins, pour la plupart de nos congénères, le progrès médical n'est plus aussi facilement prévisible. Si l'on intègre le progrès social dans les considérations, cela devient encore plus compliqué. Bien sûr, il n'y a quasiment plus personne pour croire qu'un regard méchant est un vecteur de maladies, ou que les mauvais esprits et les sorcières nous rendent malades. La certitude que l'homosexualité est une véritable identité, et pas une maladie, nous la devons néanmoins au progrès social, et pas à la médecine. Malheureusement, certains de nos congénères auront encore besoin de temps pour s'y habituer.

«Le plus grand potentiel de solidarité réside ainsi dans le progrès social, à savoir le constat que l'on peut guérir des idées absurdes.»

Le principe de territorialité est donc un vieux truc, qui ne correspond plus à l'air du temps actuel. Pour ceux qui pensent néanmoins que notre système de santé est un marché, de telles lois représentent naturellement un appât qui va distordre ce soi-disant marché. Ce n'est pas le protectionnisme, mais la solidarité, qui aidera les personnes malades. Autrement dit des tarifs loyaux et les meilleurs traitements possibles. Le plus grand potentiel de solidarité réside ainsi dans le progrès social, à savoir le constat que l'on peut guérir des idées absurdes. Ce ne sont pas les homosexuels et les lesbiennes qu'il a fallu soigner, mais la folie des gens qui croyaient qu'ils souffraient d'une maladie.

À l'époque, les Lumières ont permis de jeter les bases de la médecine moderne. Le combat se poursuit toutefois contre les superstitions et l'idéologie irrationnelle qui barrent le chemin au nouvel esprit du temps. Je voulais apporter mon petit témoignage personnel en expliquant qu'en ce qui me concerne, j'ai guéri de la religion. Depuis lors, j'attends du législateur qu'il ne se laisse pas guider par une idéologie irrationnelle. Les patients n'ont pas d'étiquette de prix!

Des soins de santé optimaux requièrent de la mobilité et la liberté de choix. Pourtant, dans de nombreuses régions du monde, les traitements efficaces ne sont pas disponibles.

Par Dr. Heidi Kaspar

Tourisme médical: pourquoi sommes-nous mobiles?

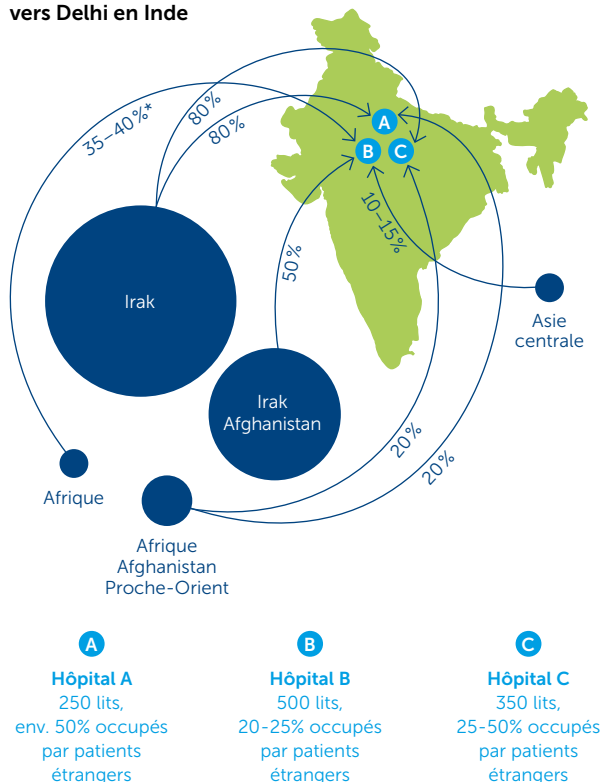
Le principe de territorialité impose des frontières géographiques aux patients dans leur choix des prestataires de santé. Pourquoi? Nous y sommes habitués depuis longtemps: la demande, la préparation et la livraison des biens de consommation sont mondialisées. Les Suisses sont de plus en plus nombreux à aller faire leurs courses en France. Pourquoi n'y consulteraient-ils pas le médecin?

Les soins de santé ne sont pas un bien de consommation comme le café, mais une prestation de services liée à la personne. Elle est «consommée» en même temps qu'elle est fournie et requiert donc une copré-

sence¹. Aux États-Unis, les médias ont vanté le tourisme médical comment la grande innovation en matière de soins de santé du nouveau millénaire. Dans le pays ayant le système de santé le plus cher au monde, on espérait que le voyage des patients dans des pays à très bas salaire tels que le Mexique ou l'Inde pour s'y faire soigner permettrait de réaliser des économies énormes. Le tourisme médical n'a pas réussi à s'imposer jusqu'ici, par manque de confiance. Dans nos contrées, l'Inde est associée à la pauvreté, au désordre et aux immondices: bien loin de la médecine de premier plan et des standards d'hygiène internationaux. Au Nigeria ou en Afghanistan en revanche, l'Inde est considérée comme un pays d'affaires avancé techniquement. Depuis quelques années, la population de ces contrées se rend en Inde pour se faire soigner contre le cancer, la défaillance d'organe et la stérilité, avec une tendance à la hausse.

Pourtant, ce n'est pas l'attrait de l'Inde qui les incite à se déplacer, mais la médiocrité des soins dans leur pays d'origine. Une technologie dépassée, l'absence notoire de matériel et d'expertise, des médicaments non fiables et une corruption largement répandue sont des constantes de nombreux pays du Sud. Ainsi, avec beaucoup de retard et de désespoir, de nombreux patients étrangers arrivent en Inde. Ils ne s'accommodent pas seulement d'un long voyage, mais font confiance à des médecins et infirmiers dont ils ne comprennent pas la langue². Ils placent leur santé entre les mains d'interprètes et de médiateurs qui sont parfois soumis à des incitations douteuses. Les patients ayant voyagé jusqu'en Inde ont fait fi de leurs états d'âme, car chez eux, les doutes sont encore plus grands. La liberté de mouvement est une conquête importante de notre époque. En matière de soins de santé toutefois, pouvoir rester chez soi pour un traitement efficace est une grande conquête.

Flux de patients vers Delhi en Inde



Source: Les chiffres s'appuient sur des interviews de professionnels de la médecine, des soins, de l'administration et du management réalisées en 2014 dans trois des principaux hôpitaux de tourisme médical de la région.

*Pays d'origine des patients étrangers (en % de tous les patients étrangers)

Dr. Heidi Kaspar, D^r en géographie, est Senior Researcher chez Careum Recherche/Kalaidos University of Applied Sciences, Département de la Santé, et à l'Institut géographique de l'Université de Zurich. Elle a dirigé le projet de recherche financé par le FNS «Emotional Geographies of International Medical Travel to India» (2013-2015).

¹ Madörin, Mascha (2010): Care Ökonomie – eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. Dans: Christine Bauhardt et Gülay Çağlar (Ed.): Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie. Wiesbaden: VS Verlag, pp 81-104.

² Kaspar, Heidi (2015): Language barriers. A challenge for optimal health care abroad? Dans: International Medical Travel Journal. Disponible en ligne sous ce lien: www.imtj.com/articles/2015/language-a-challenge-for-healthcare-abroad-40193.

La qualité se paie

Aujourd'hui, la concurrence internationale est impressionnante. Que des gens à la pointe de tout. Mais nous les détrônons sans problème: un entraînement d'un niveau qualitatif élevé, cela compte aussi!

La masse inerte

Normalement, je suis très agile en comparaison de la grande masse. Mais aujourd'hui? L'inertie, et des gambettes comme du chewing-gum. Vite et sans douleur au but. Le résultat, l'honneur? Sans importance pour moi.

Qui ne compare pas est lui-même fautif

Quoi, les concurrents allemands ont de meilleurs skates, et de surcroît meilleur marché? Pour avoir le meilleur matériel, nous devrions à l'avenir examiner plusieurs prestataires. Celui qui court chez le premier commerçant qui se présente est lui-même fautif.