

## **Prise de position sur la feuille de route de l'ASSM Développement durable du système de santé**

**Adoptée par l'Assemblée des Délégué-e-s du 28 novembre 2019**

Le 17 septembre 2018, l'ASSM a adopté la feuille de route intitulée «Développement durable du système de santé». L'assemblée des délégué-e-s mfe a discuté de cette feuille de route le 24 mai 2019 au sein de quatre groupes réunis en ateliers. Il en a découlé la présente prise de position, laquelle a été adoptée par le comité de mfe en première lecture le 29 août 2019 et en deuxième lecture le 24 octobre 2019, puis approuvée par l'AD mfe le 28 novembre 2019.

### **Remarques générales**

On salue fondamentalement le fait que l'ASSM s'intéresse au thème du «développement durable au sein du système de santé suisse» et propose des solutions. mfe émet cependant les critiques générales suivantes:

- La feuille de route ne laisse pas suffisamment apparaître qu'il s'agit simplement ici de pistes de réflexion et non de solutions équilibrées et directement applicables. Il est parfaitement possible d'en déduire des réformes, sachant toutefois que celles-ci doivent être développées dans le respect des conditions-cadres politiques. Il faut craindre que les positions ou développements politiques qui sont incompatibles avec les intérêts des patients<sup>1</sup>, de la société ou du corps médical, puissent être légitimées avec cette feuille de route. Il serait souhaitable de mentionner plus clairement que ces idées représentent des propositions de discussion, qui sont certes larges, mais qui ne reflètent pas l'opinion de toutes les parties prenantes du système de santé.
- La feuille de route a été élaborée par un vaste groupe de travail et présentée à des experts sélectionnés dans le cadre d'auditions. Malheureusement, le document a été élaboré sans intégrer les médecins de famille et de l'enfance travaillant en cabinet privé, qui jouent un rôle important dans le secteur des soins médicaux. Les médecins de famille et de l'enfance n'étaient pas représentés au sein du groupe de travail qui avait élaboré la feuille de route pour le compte du Comité de direction de l'ASSM, et ils n'ont pas non plus été appelés en tant qu'experts pour examiner l'ébauche. Jusqu'à présent, ils n'ont jamais été entendus sur ces propositions. mfe considère cet état de fait comme une lacune majeure, et se voit donc contrainte de rédiger la présente prise de position sur les différentes propositions de l'ASSM. Dans ce contexte, il convient de noter que la médecine de famille n'est pas du tout mentionnée dans la feuille de route, et le terme «médecin de famille» une seule fois (au point 5.4), bien qu'il soit reconnu que la médecine de famille est centrale pour les soins médicaux (voir également à ce sujet l'art. 117a de la Constitution).
- L'orientation selon le concept du Triple AIM comme boussole n'est pas mauvaise en soi. Ce concept peut être une ébauche de solution visant à maîtriser la hausse des coûts et accroître la satisfaction des patients. De plus, les objectifs du concept Triple AIM sont intégrés depuis longtemps dans le cabinet du médecin de famille et de l'enfance. Mais ils sont difficiles à mettre en œuvre dans l'ensemble des soins. Répondre à la contradiction entre les exigences individuelles en matière de santé et le souhait collectif de baisse des coûts restera un défi. Il faut donner ici plus de poids à la responsabilité de la société et de l'individu.

---

<sup>1</sup> La forme masculine comprend également les personnes de sexe féminin.

L'accent doit être mis sur les aspects écologiques et biosociaux en termes de durabilité des mesures. Toutes les parties prenantes doivent identifier leur responsabilité, y compris – mais pas seulement – les médecins. Cet aspect n'est pas suffisamment abordé dans la feuille de route.

### **Les trois objectifs d'un système de santé durable**

#### **Objectif 1: une population en bonne santé**

Les déclarations sont entièrement soutenues par mfe.

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

Les déclarations sont entièrement soutenues par mfe.

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

Cet objectif est très important. mfe a parfaitement conscience qu'il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine. L'association soutient la promotion de la transparence des coûts et des tarifs ainsi que les efforts déployés pour maîtriser les coûts de la santé. La limitation proportionnelle des coûts formulée en tant qu'objectif secondaire 1 (en lien avec les autres coûts des pouvoirs publics) est toutefois la mauvaise approche. Les moyens disponibles pour couvrir les coûts de la santé ne peuvent pas être couplés aux coûts d'autres domaines (comme p. ex. formation, sécurité sociale). Chaque catégorie de coûts est indépendante des autres et doit être évaluée en tenant compte du besoin concret. Il est par exemple impossible qu'en cas d'augmentation des dépenses sociales d'une collectivité, un montant inférieur soit automatiquement disponible pour couvrir les coûts de la santé. De plus, la limitation proportionnelle des coûts entraînerait un budget global dans un domaine partiel des dépenses publiques, ce qui est clairement rejeté.

Tant que le deuxième objectif secondaire («Les coûts de l'AOS sont présentés de manière transparente et les informations transmises de manière adéquate aux différents acteurs») comporte la transparence des coûts, il est approprié. En revanche, mfe rejette la répartition sur les acteurs lorsqu'elle implique une fiscalisation n'intégrant pas l'ensemble des parties prenantes du système de santé (mais par exemple uniquement l'État ou les assurances-maladie).

La préoccupation de l'utilisation scrupuleuse des ressources actuelles formulée par l'ASSM dans l'objectif 3 mérite par conséquent d'être soutenue, mais mfe critique toutefois certains détails.

## Vers un système de santé durable

La feuille de route présente diverses mesures susceptibles de contribuer à un développement durable. mfe en soutient également un grand nombre. Il convient ci-dessous de mettre en lumière les propositions qui sont rejetées ou critiquées par mfe.

### Concernant le point 4.2 Les cantons se regroupent en quelques régions sanitaires

mfe est fondamentalement d'accord avec cette proposition. Cependant, le regroupement ne doit pas seulement se fonder sur des critères géographiques, mais également thématiques, et doit pouvoir être mis en œuvre d'une manière très individuelle en fonction des besoins des différentes régions. Le principal est que le regroupement ne soit pas fait simplement pour réguler les coûts ; la qualité de la prestation doit être le principal objectif. De plus, les cabinets individuels et de petites stations de santé doivent pouvoir continuer d'exister dans ces régions également. La base de cette mesure doit faire l'objet d'une réglementation d'ampleur nationale. Une mise en œuvre uniquement dans le cadre de dispositions cantonales ne serait pas suffisante.

### Concernant le point 4.3 La transmission des compétences en matière de santé débute dès l'enfance

Cette tâche ne doit pas être assumée uniquement par les professionnels de la santé et/ou les médecins. De nombreux acteurs, et notamment les parents et enseignants, exercent une influence importante sur le comportement de santé des enfants. Il faudrait insister davantage sur ce point.

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

Les instruments d'identification des professionnels requis sont importants. Les médecins doivent impérativement être inclus dans les discussions. L'interprofessionnalité est un thème stratégique central pour mfe depuis des années. Les modèles développés ici et la conception actuelle de l'interprofessionnalité sont maintenus. Une véritable interprofessionnalité fonctionne lorsque les acteurs sont engagés pour leur formation, leur compétence et leur expérience, et qu'ils travaillent en équipe d'égal à égal. Le rôle du navigateur ne peut pas être attribué à un seul groupe professionnel.

La formation et l'utilisation d'«Advanced Practice Nurses» (APN) peuvent entraîner une décharge, notamment en cas de menace de couverture insuffisante en termes de médecins de famille et de l'enfance. Le rôle attribué aux APN est aujourd'hui également rempli par les médecins de famille. Les responsabilités doivent être clarifiées au sein des différents groupes professionnels. Il convient d'engager des professionnels supplémentaires en fonction des situations. Il serait inapproprié de remplacer des déroulements qui fonctionnent bien par de nouveaux métiers.

### Concernant le point 4.5 Les données requises pour l'assurance de la qualité et la recherche sur les services de santé sont disponibles

mfe est également convaincue que des données fiables sont importantes. En l'occurrence, il faut prêter suffisamment d'attention à la protection des données ainsi qu'au développement de systèmes simples pour la pratique quotidienne.

La suppression du caractère doublement facultatif concernant le dossier électronique de patient est clairement rejetée. Les raisons qui ont conduit au caractère doublement facultatif lors de l'introduction de la nouvelle LDEP restent valables. L'objectif du DEP pourrait être atteint non plus par l'obligation légale, mais plutôt avec des incitations correspondantes ainsi que l'information et la communication nécessaires. Les médecins ont des besoins différents, en fonction de leur spécialité et de leur lieu de travail. Une obligation légale de gérer un classement décentralisé mais accessible de documents pertinents pour le traitement des patients ne répond pas à ces besoins et serait contre-productive. Il n'existe encore actuellement aucun système permettant une mise en œuvre avec des dépenses et des coûts raisonnables. L'utilité de ces systèmes n'est par ailleurs pas démontrée.

#### Concernant le point 4.7 Les nouveaux modèles de rémunération réduisent les incitations financières inopportunes

Depuis des années, mfe pense que le tarif doit refléter correctement le travail fourni. Les incitations inopportunes doivent être éliminées. Cependant, l'ensemble des prestations des médecins doivent être rémunérées. Il faut créer des positions là où il n'y en a pas pour qu'une rémunération ait lieu.

Dans sa prise de position du 13 décembre 2018 sur la modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (mesures relatives à la réduction des coûts – paquet 1), mfe s'est montrée critique à l'égard de ce que l'on appelle l'article relatif aux projets pilotes, et a indiqué que les projets ne pouvaient pas être sélectionnés ni évalués uniquement sous l'aspect du rapport coût-efficacité. La sécurité et la qualité des soins sont aussi importantes et doivent s'appliquer aux critères EAE. mfe rejette l'obligation de participation prévue. Le caractère facultatif est ici aussi une importante condition préalable. Il est improbable que les projets pilotes qui sont réalisés sous la contrainte fournissent des résultats valables et pertinents concernant leur impact, que ce soit sur les coûts, sur la qualité ou sur les soins. mfe rejette tout autant le fait que les projets puissent être déposés par un seul et unique acteur. Les projets pilotes devraient être initiés, requis, réalisés et évalués en commun par les fournisseurs de prestations, les assureurs et éventuellement les cantons. mfe critique également le fait qu'il n'est pas prévu de soutenir financièrement des projets (isolés) en cas de besoin. Les requérants doivent supporter eux-mêmes l'ensemble des coûts en lien avec l'essai pilote. Les projets présentés par des porteurs de plus petite taille et non institutionnels sont désavantagés lorsque les initiateurs doivent supporter eux-mêmes les coûts, du lancement jusqu'à l'évaluation. Cette démarche constitue un frein à l'innovation, barre la route aux petits projets et/ou aux projets dont les porteurs sont de petite taille, et contredit précisément l'idée fondamentale de l'article relatif aux projets pilotes. L'innovation ne doit pas être pilotée exclusivement par la puissance financière.

Les idées de «Value-Based Insurance» et de «Pay for performance» sont rejetées sous toutes leurs formes par mfe. L'évaluation d'une mesure médicale selon des critères économiques n'a pas sa place dans la médecine. En général, on ne peut pas juger si une mesure «améliore la santé». L'évaluation rétroactive consistant à savoir si une prestation est prise en charge par l'assurance-maladie génère des doutes chez les patients et les fournisseurs de prestations, et est incompatible avec la pratique quotidienne.

#### Concernant le point 4.8 La Confédération fixe un plafond pour l'augmentation des dépenses de santé

Même si cette mesure est qualifiée de dernier recours, il faut la rejeter clairement. Un plafond entraîne forcément un rationnement de la médecine, que mfe ne peut en aucun cas soutenir. La détermination d'un plafond avec pour seul objectif de mettre en route des réformes, met inutilement en péril la situation des soins médicaux, et constitue une ingérence notable pour une idée visiblement conçue en tant que mesure transitoire.

## Le système de santé du futur

Les approches contenues dans la feuille de route sont en grande partie soutenues par mfe. Cela dit, on observe certains écarts au niveau des détails, qu'il convient de montrer ci-dessous.

### Concernant le point 5.2 Structures

mfe soutient le développement de nouvelles structures, qui pourrait passer notamment par des fusions. Les libertés entrepreneuriales des fournisseurs de prestations dans le choix de leur forme d'organisation et leur taille ne doivent cependant pas être restreintes. Tant que les fournisseurs de prestations sont encore prêts à gérer des cabinets individuels ou de petits cabinets de groupe, le processus est tout aussi avantageux que la création de stations de santé destinées à soigner la population. La collaboration entre les médecins travaillant en cabinet privé et les hôpitaux et/ou EMS, qui fonctionne bien jusqu'à présent dans de grandes parties de la Suisse, doit être maintenue et non détruite par de nouvelles structures.

### Concernant le point 5.3 Processus

mfe rejette l'attribution du service des urgences aux hôpitaux régionaux tant que cela implique une responsabilité exclusive. Le service des urgences doit continuer d'être organisé en collaboration avec les médecins praticiens dans la région concernée dans la mesure où ce service est supportable pour eux. Il faut permettre et encourager des coopérations entre médecins et hôpitaux.

### Concernant le point 5.4 Fournisseurs de prestations

mfe soutient fondamentalement l'idée des navigateurs. L'attribution de ce rôle doit s'effectuer conformément aux modèles de mfe sur l'interprofessionnalité, et il n'est pas impératif de créer de nouveaux métiers. Concrètement, l'équipe de soins décide avec le patient qui assume la fonction de navigateur.

### Concernant le point 5.7 Système d'incitation

mfe doute du fait que les soins intégrés dans la médecine ambulatoire constituent un système d'incitation. Si tel était le cas, les modèles de soins devraient être soutenus par des mesures d'incitation et des versements d'honoraires. Ce thème est totalement éludé dans la feuille de route.

## Conclusion

Les approches contenues dans la feuille de route sont en grande partie soutenues par mfe. Cela dit, elles sont parfois insuffisamment adaptées aux structures qui existent aujourd'hui et qui fonctionnent bien, et donc en partie inapplicables dans la pratique. L'intégration des médecins de famille et de l'enfance lors de l'élaboration de la feuille de route aurait été impérativement nécessaire. Cette mesure aurait considérablement augmenté la pertinence du document. En outre, la prise de position n'indique pas assez clairement qu'il ne s'agit que de pistes de réflexion et non de solutions équilibrées.