

Symposium Forum Managed Care à Berne – une grande plate-forme d'excellentes idées pour le futur

Le meilleur ne doit pas être le plus cher

«Better care is cheaper care» (Le meilleur des soins est le moins cher). Cette phrase prononcée par Brent James lors de sa conférence a été le fil conducteur du Symposium fmc 2016. Au Kursaal Bern, il est apparu clairement qu'il n'existe plus aucun tabou concernant les soins de santé, même lorsqu'il s'agit des coûts. Non seulement bonne performance et rentabilité ne sont pas antinomiques, mais elles peuvent aussi se renforcer mutuellement.

Lorsque qu'un médecin est prêt à privilégier la qualité et à accepter la critique, de nos jours, cela relève du véritable coup de chance. C'est ainsi que s'est exprimé un auditeur qualité durant l'atelier, et il a aussitôt ajouté: «Mais c'est l'avenir.» L'avenir a déjà commencé depuis longtemps aux États-Unis et en Suisse, comme les conférences et les ateliers du Symposium pour les soins intégrés fmc de cette année l'ont suggéré. En effet, il existe toujours des niches où germent un esprit d'innovation et un nouveau regard sur les soins de santé. Tandis que les réseaux de médecin et HMO agréés sont déjà pratiquement devenus la norme en Suisse, de nouveaux modèles de soins apparaissent çà et là, avec un objectif dépassant les dimensions professionnelle et institutionnelle. Ainsi, l'Insel-Gruppe aspire à des «soins complets tout en un».

Le prix d'encouragement fmc 2016 a été décerné au projet «PlanB» – Planification transsectorielle et interprofessionnelle dans les soins palliatifs en de fin de vie», ce qui relève également du champ de compétence de l'Insel-Gruppe. Mais des acteurs extérieurs au secteur, tels que la Poste, Swisscom ou Migros, souhaitent également se positionner dans le domaine de la santé, et surtout sur le marché de la télémédecine, où l'on assiste à une véritable ruée vers l'or. Il est difficile de prévoir quels effets ces nouveaux modèles et acteurs auront sur l'efficacité et la qualité des services de santé. La question est: comment parvient-on à ce que les prestataires de services ne multiplient pas les cas et les points de taxation, tel que le suggèrent les incitations financières existantes, mais qu'ils agissent de manière bénéfique pour les patients?

Être plus à l'écoute

Dans son exposé d'introduction, le professeur Peter Suter, président de Swiss Medical Board (SMB), a remis en question le fait d'agir en faveur des «bénéfices pour le patient», qui a été évoqué à maintes reprises. Il s'est ensuite demandé à qui avait à coeur de favoriser les bénéfices pour les patients, hormis ces derniers et leurs proches: «Qui définit une bonne qualité de vie, et pour qui? Comment déterminer les bénéfices pour les patients et la qualité?» Peter Suter a évoqué le rapport «Médecine durable», publié en 2012 par l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Un groupe de travail interdisciplinaire avait constaté que les bénéfices des interventions médicales étaient souvent surestimés, et difficilement objectivables. De plus, de nombreux médecins confondent amélioration de la qualité de vie avec allongement de la durée de vie. L'intervenant a mis en doute l'idée que les soignants connaissent réellement les valeurs de leurs patients. Pourtant, il ne se passe «rien de rien» en Suisse, assure le président du SMB en se référant aux rapports HTA publiés par son organisation et aux projets analogues de l'Office fédéral de la santé. De nombreux exemples bien documentés montrent désormais l'existence de traitements sans bénéfice, et d'efforts visant à réduire le sur-traitement. Parallèlement, Peter Suter ne veut pas voir le caractère élevé des taux d'opération du genou et de la hanche par rapport au reste du monde simplement comme le signe d'un excès de soins: «Cela ne pourrait-il pas également montrer que nous sommes particulièrement attentifs vis-à-vis des patients et accordons beaucoup d'importance au maintien de la mobilité et de l'autonomie, en d'autres termes à la meilleure qualité de vie possible?» Tous les traitements ne présentent pas de tels



bénéfices et nombreux sont ceux qui ont des effets secondaires. Le patient a besoin que les choses soient claires car ses souhaits et valeurs sont une part importante d'une médecine personnalisée et donc judicieuse.»

Un triple objectif

Lors du Symposium, il était essentiellement question de qualité et de bénéfices pour les patients, mais – ou à cause de cela – aucun intervenant n'a évoqué la question financière. Les participants étaient unanimes: la seule personne qui travaille de manière rentable au sein du système de santé est celle qui privilégie une bonne médecine et de bons soins. Pour que les prestataires de services coopèrent plus et aspirent à une meilleure qualité, des mesures incitatives appropriées sont nécessaires. La discussion est donc lancée concernant le «bon» système de remboursement, c'est-à-dire qui récompense une coopération interprofessionnelle et la mise en place de soins intégrés. Lors de sa conférence, Mary Jo Vetter, professeur en sciences infirmières à l'université de New York, a présenté un type de remboursement appelé «Bundled Payment» (paiement à l'épisode de soins). Elle a rendu compte du suivi scientifique du projet pilote mis en place par Medicaid et Medicare, et destiné à introduire ce type de remboursement forfaitaire pour les soins à domicile. Elle a expliqué qu'il s'agit d'un budget qui couvre l'ensemble du processus de traitement et qui force les prestataires de services à coopérer au-delà des frontières professionnelles et institutionnelles. Ce forfait, qui couvre l'ensemble des services (tels que les visites chez le médecin, les soins, la pharmacie, les thérapies, le service social) pour un temps déterminé, doit aussi contribuer à optimiser les soins, en particulier après un séjour à l'hôpital, et à répondre aux besoins des assurés les plus âgés, qui sont souvent les plus marginalisés et défavorisés. Les prestataires de services se sont donc fixé un triple objectif («Triple Aim»), à la fois orienté vers l'accès aux soins, la qualité et la rentabilité, a expliqué Mary Jo Vetter.

Pour les responsables qualité de «Intermountain Healthcare», grande organisation à but non lucratif fournissant des services de santé et dont le siège est situé à Salt Lake City, il s'agit aussi de poursuivre différents objectifs simultanément. Lors de sa conférence, Brent C. James a expliqué comment une qualité de travail cohérente permet à son organisation de réduire les coûts. Lors de sa conférence et de son entretien, il a également indiqué les priorités (voir ci-dessous): l'effort portera sur l'amélioration de la qualité. La réduction supplémentaire des coûts est un effet

secondaire positif. Le triple objectif compte aussi pour Brent C. James: «Sans accès aux soins, parler de qualité n'a aucun sens.» Et il n'y a d'accès aux soins que si les gens peuvent se permettre des soins de santé.

Entretien avec le Dr Brent C. James, Chief Quality Officer, Intermountain Healthcare

Dans notre interview le Dr Brent C. James était prêt à répondre à nos questions:

clinicum: Si j'ai bien compris, il existe plus d'un système de santé aux États-Unis?

Brent James: En effet. Les États-Unis sont un immense pays. La Californie est à elle seule plus grande que la plupart des pays européens. Et il existe une grande variété de systèmes de santé. Quelques États ont un système de sécurité sociale, comme dans la plupart des pays européens. Dans d'autres, un grand nombre de personnes vit encore sans assurance maladie.

La réforme de la santé du Président Obama a-t-elle permis de remédier à cela?

Oui et non. Il est certain que la réforme va dans le bon sens. Si 17% des habitants du pays le plus riche au monde n'ont pas d'assurance maladie, il y a un problème. Ce qui est vraiment bien avec cette réforme, c'est que les personnes qui perdent leur emploi ne se retrouvent pas sans

assurance. La proportion des non assurés est déjà descendue à 10%.

Mais cela signifie qu'il reste encore 35 millions de personnes sans assurance maladie.

Il existe deux problèmes: D'abord, la plupart des assurances comporte une franchise très élevée. Les patients payent jusqu'à 6000 dollars avant de vraiment utiliser leur assurance. C'est souvent plus que ce qu'ils peuvent payer lorsqu'ils sont malades. Alors les gens obtiennent une carte d'assurance, mais ils ne sont pas vraiment assurés. Le second problème est le montant de l'amende qu'ils doivent payer s'ils n'ont pas contracté d'assurance. Il est si faible que beaucoup de personnes, et surtout des jeunes, préfèrent payer l'amende que de contracter une assurance. C'est la raison principale pour laquelle encore 10% de la population ne sont pas assurés. La conséquence est que les gens ayant un faible risque de maladie suspendent leur assurance tandis que, dans le même temps, les coûts augmentent pour ceux qui ont un besoin important en services de santé. On tombe donc dans une spirale financière.

Il s'agit même d'une sorte de sélection par le risque?

Exactement. Les amendes sont en partie inférieures aux primes d'assurance, et c'est ce qui pourrait conduire la politique «Obama Care» à un échec.



Meilleur et quand même moins cher – c'est possible?

Venons-en au thème de votre conférence d'aujourd'hui: comment réduire les coûts tout en améliorant la qualité?

Si vous aspirez à une meilleure qualité, vous réduisez presque toujours les coûts. Nous avons étudié cela chez Intermountain pendant plus de deux ans, dans six domaines cliniques. Nous avons collecté les résultats de nos patients en stationnaire et nous avons régulièrement envoyé les différences relevées aux médecins et soignants. D'abord, ils ne nous croyaient pas et ils étaient convaincus que les données étaient fausses. Nous les avons vérifiées à nouveau, mais elles étaient justes. Pour la première fois, les médecins pouvaient vraiment comparer leur pratique avec celle de leurs collègues, et ils ont réalisé à quel point les différences étaient importantes. Ils ont donc commencé à apprendre les uns des autres et ont comparé leurs résultats avec ceux de leurs collègues qui avaient obtenu de meilleurs résultats qu'eux. Ainsi moins d'opérations devaient être répétées, les résultats cliniques se sont améliorés, et les coûts ont significativement baissé.

Mais aucun patient n'est identique?

Bien sûr, chaque patient doit être traité différemment. Mais 85 à 90% des comportements et des réactions des patients coïncident, et seulement 10 à 15% divergent. Imaginez que chaque ligne de chemin de fer en Suisse présente une largeur d'écartement qui lui est

propre. Le transport ferroviaire fonctionnerait très certainement moins bien qu'aujourd'hui. Dans une certaine mesure, un système a besoin de normes unifiées pour pouvoir fonctionner. En tant que médecin, je m'engage auprès de mes collègues à respecter certaines normes, car nous partageons les mêmes locaux, appareils et équipements. Il est vrai que chaque patient est différent, les divergences sont de 10 à 15%. Nous avons également besoin de médecins et de soignants qui travaillent sur la même longueur d'onde et connaissent en même temps ces besoins spécifiques.

Cela signifie-t-il que les lignes directrices médicales couvrent 85 à 90% des cas?

Le problème auquel nous sommes confrontés, c'est la complexité, et il en reste encore suffisamment. David Eddy, l'un des pères de la médecine fondée sur les faits (evidence based medicine EBM), a déclaré un jour que la complexité de la médecine moderne dépasse les capacités intellectuelles des experts aussi. On a beau être très intelligent, on ne peut pas traiter tous les savoirs.

Combien de temps les lignes directrices médicales doivent-elles être utilisées comme bases de thérapie ?

Les lignes directrices médicales doivent-elles être régulièrement adaptées?

Les sociétés médicales commettent souvent l'erreur de concevoir des lignes directrices, et les assureurs exigent ensuite que les médecins

les respectent. Mais nous devons vérifier régulièrement la validité de ces lignes directrices. Généralement, d'importantes variations sont observables juste après la publication des lignes directrices. Puis les lignes directrices sont modifiées encore et encore, et au bout d'un certain temps, on parvient à un consensus de 30 à 90%. C'est un processus d'adaptation constant, un système apprenant.

Vous rendez ainsi les soins de santé plus abordables?

Deming l'a prouvé avec sa méthode. Au niveau des coûts, son processus d'amélioration continue conduit à des résultats incontestables et mesurables. Cela fonctionne aussi dans le domaine de la médecine.

Nous devrions donc travailler à l'amélioration de la qualité plutôt que d'épargner?

J'ai travaillé sur un rapport dont la conclusion était que 35% des dépenses de santé étaient gaspillées. Pour ma part, je pense qu'il s'agit plutôt de 50%. Une fois que nous aurons mis fin au gaspillage, nous n'aurons plus besoin d'épargner.

N'est-ce pas dangereux de dire que 50% des fonds du système de santé sont gaspillés? Si tel était le cas, nous devrions commencer immédiatement à supprimer des prestations.

Trouvons d'abord ce qu'est une meilleure médecine! Le fait d'épargner est une conséquence mais ce ne doit être en aucun cas le cœur de notre action. Nous devrions définir nos priorités correctement en ce qui concerne l'amélioration de la qualité. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle il ne faut jamais laisser aux assureurs la direction des programmes de santé, car ils ont tendance à favoriser l'épargne au détriment des bénéfiques pour les patients. C'est dangereux. Les programmes doivent impérativement rester sous la direction de professionnels de santé. En tant que médecin, je peux viser une meilleure médecine sans pourtant avoir à penser à l'épargne. Je n'ai pas à rationaliser.

Mais vous devez pourtant définir vos priorités et vos processus.

Chez Intermountain, notre devise est: la gestion des soins n'est pas une question de management, mais uniquement de coopération. Et cela nous réussit bien.

Texte et entretien: Anna Sax

