



Commentaire de l'invitée

Esther Pauchard, psychiatre et psychothérapeute, auteure et conférencière
Page 2



Politique

Mesurer la qualité du système de santé : oui, mais comment ?
Page 3



Numérisation

« Une simple collecte de données ne sert à rien. »
Page 4

POLITIQUE + PATIENT

22^{ème} année

Éditeur : Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG
Responsables de la rédaction : Marco Tackenberg, Markus Gubler, Andrea Renggli ; forum I pr
Mise en page : Claudia Bernet, Berne
Impression : Stämpfli AG

VEDAG Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften

Coûts de la santé

Acheter des médicaments à l'étranger ne fait pas baisser les primes

Les caisses-maladie vont-elles bientôt rembourser des médicaments achetés à l'étranger ? Le principe de territorialité inscrit dans la LAMal fait l'objet de critiques. Pourtant, les économies potentielles sont bien plus modestes qu'espéré.



L'assurance de base ne rembourse que les médicaments et les dispositifs médicaux achetés en Suisse.

Photo : Keystone

À l'étranger, les médicaments ou les traitements coûtent souvent moins cher qu'en Suisse, non pas parce que la qualité est moindre, mais parce que le coût de la vie y est moins élevé. Dans les cantons

frontaliers, beaucoup de personnes vont donc tout naturellement acheter leurs médicaments en France par exemple ou faire leurs analyses médicales en Allemagne.

Suite à la page 2

Politique

À la table ronde

La maîtrise des coûts est un sujet brûlant depuis des années au sein du Département fédéral de l'intérieur. Le précédent ministre de la Santé, Alain Berset, a opté pour une approche technocratique en commandant un rapport d'experts. Toutefois, les mesures d'économies y figurant étaient en grande partie discutables sur le plan de la politique de la santé, entraînant la résistance des associations de médecins. Le Parlement, quant à lui, élagua tellement les paquets de mesure qu'ils finirent par fondre comme peau de chagrin. La conseillère qui a succédé à Alain Berset, Elisabeth Baume-Schneider, a donc opté pour une autre méthode : une table ronde réunissant les représentants des professions de la santé, les organisations de patients et le Surveillant des prix. Ainsi, 38 mesures ont été élaborées, parmi lesquelles une réduction de 2% des frais administratifs des caisses-maladie, l'identification des traitements sans valeur ajoutée pour les patients (*initiative smarter medicine*), l'extension de la liste « ambulatoire avant stationnaire » et la numérisation de la facturation.

Mener une bonne politique, c'est établir le dialogue et non imposer des directives sans tenir compte de l'avis de ceux qui doivent les appliquer. Elisabeth Baume-Schneider l'a très bien compris. Toutefois, elle a dû aussi se rendre à l'évidence : il n'est pas si simple de faire des économies dans le secteur de la santé. Les 38 mesures doivent permettre d'économiser 300 millions de francs par an, soit à peine 1% des coûts de la santé. Une goutte d'eau à l'effet limité sur les primes maladie.

Mais Elisabeth Baume-Schneider a fait déjà plus que son prédécesseur, car les décisions prises conjointement par les acteurs du secteur de la santé et le Conseil fédéral peuvent être mises en œuvre au moyen de l'engagement volontaire, de l'information et de la sensibilisation, sans passer par la case « Parlement ». Et cerise sur le gâteau : il ne faudra se passer d'aucune prestation médicale utile et nécessaire.

Cependant, l'assurance de base des caisses-maladie ne rembourse en général pas ce type de prestations. En effet, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) applique le principe dit de territorialité, selon lequel l'assurance obligatoire des soins ne rembourse que les prestations fournies par des médecins autorisés à pratiquer en Suisse ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux achetés en Suisse. Il y a quelques exceptions à cette règle, notamment en cas d'urgence durant un voyage ou si un traitement n'est pas disponible en Suisse.

Le Parlement veut le statu quo

Depuis quelques années, de plus en plus de voix s'élèvent dans la sphère politique pour remettre le principe de territorialité en cause. Plusieurs interventions ont demandé le remboursement de médicaments, de moyens ou d'appareils achetés à l'étranger, tels que des pansements ou systèmes d'inhalation. À l'automne dernier, le Parlement a examiné en détail une motion qui allait dans ce sens. Mais la majorité du Conseil des États s'est opposée à l'assouplissement du principe de territorialité, contre l'avis de la conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider.

Bien au-delà du protectionnisme économique

Les opposants à cette intervention craignent un impact négatif sur les pharmacies et sur le vivier pour la recherche qu'est la Suisse. Pour les médecins, il s'agit bien plus que d'un simple protectionnisme économique. Ils estiment que le problème se situe davantage au niveau de la protection des patients : les médicaments achetés à l'étranger ne figurant dans aucun plan de médication, et encore moins dans le dossier électronique du patient, le risque d'interactions indésirables est grand. Et si le médicament acheté à l'étranger doit être rappelé, comment le patient est-il informé ? Qui est responsable si le patient n'a pas été bien conseillé en achetant son médicament ?

Le principe de territorialité touche aussi à la sécurité d'approvisionnement : la Suisse est un petit marché. Pour les fabricants, faire autoriser de nouveaux médicaments est donc relativement coûteux. Si les patients suisses peuvent acheter leurs médicaments à l'étranger, certaines entreprises pharmaceutiques pourraient renoncer à consentir à ces frais et ne plus demander d'autorisation : les nouveaux médicaments ne seraient alors plus commercialisés en Suisse.

Exercer une pression sur les fournisseurs suisses

Les partisans, eux, ne voient pas de danger pour les patients ni pour la sécurité de l'approvisionnement ; d'autant plus que, selon toute vraisemblance, seul un petit nombre de Suisses et de Suissesses iraient

vraiment acheter leurs médicaments à l'étranger. En effet, le remboursement par les caisses-maladie de médicaments achetés par correspondance n'a jusqu'à présent jamais été envisagé. En revanche, ils espèrent qu'assouplir le principe de territorialité pourra mettre les fournisseurs suisses sous pression et les inciter à baisser leurs prix.

Pourtant, assouplir le principe de territorialité n'aurait quasiment pas d'incidence sur les coûts de la santé et sur les primes maladie. C'est ce que montre un rapport du Conseil fédéral datant de 2021 sur l'assouplissement du principe de territorialité, prenant pour exemple le cas des appareils auditifs. Les personnes malentendantes peuvent, depuis 2011 déjà, acheter leurs appareils auditifs à l'étranger. L'AVS et l'AI leur versent un montant forfaitaire. Si l'appareil est acheté en Allemagne ou en France à un prix plus avantageux, le patient peut garder la différence. Toutefois, seulement 2% des patients ont choisi cette option et acheté leurs appareils auditifs à l'étranger. Par conséquent, quasiment aucune pression n'a été exercée sur les fournisseurs suisses pour qu'ils baissent leurs prix.

La confiance prime sur le prix

Pourquoi ce résultat ? Les appareils auditifs sont des biens de confiance. C'est ainsi qu'on appelle les produits pour lesquels le vendeur en sait plus que l'acheteur. Contrairement aux denrées alimentaires ou aux vêtements, la plupart des gens ne peuvent évaluer eux-mêmes la qualité des différents appareils auditifs. Les consommateurs choisissent donc des professionnels en qui ils ont confiance : c'est un aspect qui prime sur le prix. Dans son rapport, la Confédération arrive à la conclusion qu'en cas de suppression du principe de territorialité, le risque que les consommateurs soient mal conseillés serait supérieur au potentiel d'économies. Mais la pression exercée pour trouver des solutions qui permettent de maîtriser les coûts tout en assurant la sécurité de l'approvisionnement et la protection des patients, elle, ne se relâchera pas.

Le patient « Système de santé » : quelqu'un a-t-il un diagnostic ou un traitement ?

Nous savons tous depuis longtemps que notre système de santé s'essouffle. Mais de quoi souffre-t-il exactement ? Est-ce dû à la politique ? Au financement ? À la pyramide des âges qui aujourd'hui ressemble davantage à un sapin ? À la pénurie de personnel qualifié ? Le diagnostic nous échappe. Alors on soigne à tâtons, en utilisant des stratégies et des outils qui ont l'air convaincants : numérisation, formation continue attrayante, meilleurs tarifs, moins de bureaucratie. Tout cela sonne très bien, mais ne fonctionne pas vraiment. Plus je vieillis, plus je suis persuadée que nous n'agissons pas là où il le faudrait. Nous taillons frénétiquement le feuillage tandis que ce sont les racines qui pourrissent.

Et si on regardait du côté de notre propre attitude ? Il n'y a pas que dans le secteur de la santé que nous aimons nous bercer de mythes et d'illusions, c'est aussi le cas dans toute la société. Que l'on demande la perfection et la sécurité totales. Que les désagréments et les efforts apparaissent comme inacceptables. Que la santé est un bien de consommation qui doit livrer de la médecine, et vite. Nous avons oublié que l'être humain est plus qu'une simple biomachine, un ensemble de fonctions et de récepteurs. Nous avons oublié que la santé n'a rien d'absolu et de parfait, mais que c'est un vaste terrain. Vous souvenez-vous de la loi normale ? Nous avons oublié que des choses telles que la douleur, la maladie, les contraintes et les pertes ne sont pas des erreurs, mais font partie intégrante de notre condition humaine. Et nous avons oublié que nous mourrons tous un jour.

Aussi longtemps que nous partirons du principe que tout est possible, que nous ne nous attaquerons pas à la racine et que nous n'aborderons pas les questions épineuses, alors, je le crains, le système de santé sera un patient qui ne se rétablira pas.

Le commentaire de l'invitée reflète l'opinion de l'auteure, qui peut différer de celle du corps médical et de la rédaction.



D^r méd. Esther Pauchard
Psychiatre et psychothérapeute,
auteure et conférencière
Photo : Bea Lanz

Mesurer la qualité dans le secteur de la santé : oui, mais comment ?

Avoir un bon système de santé est important, nous sommes tous d'accord sur ce point. Mais la question de savoir comment mesurer et garantir cette qualité est un peu plus complexe.



Si les mesures de qualité sont trop chronophages ou coûteuses, les économies seront alors faites sur la prise en charge des patients. Un paradoxe qu'il convient d'éviter.

Photo : Keystone

«La qualité est notre objectif commun», affirme Matthias Schindler, chef de projet qualité au sein de l'association des assureurs maladie prio.swiss. Assureurs, fournisseurs de prestations et bien entendu patients et patientes ont tous intérêt à ce que le système de santé fonctionne bien. Matthias Schindler estime que les conventions de qualité sont des instruments très prometteurs, car elles sont contraignantes.

Les conventions de qualité ont été introduites lors de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Le principe: la fédération des assureurs conclut des contrats avec celles des fournisseurs de prestations. Ces conventions règlent la mesure de la qualité et les mesures à prendre pour la développer ainsi que les sanctions en cas de violation de la convention. Chaque convention règle les points de manière différente. Pour les sanctions, un signalement aux cantons peut être prévu. La LAMal prévoit elle-même des sanctions et, dans des cas extrêmes, l'interdiction d'exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Davantage de qualité grâce à des engagements contraignants. C'est une belle idée, mais des questions restent en suspens: la qualité est-elle vraiment mesurable dans le système de santé? Les conventions ne sont-elles pas synonymes de davantage de régulation pour les médecins, les hôpitaux ou les assureurs?

De nombreuses façons de mesurer la qualité, voire trop

Différentes approches existent pour mesurer la qualité dans le système de santé. Le centre de compétence pour les mesures de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ) cite divers indicateurs. Les questionnaires standardisés permettent de se concentrer sur les patients, en évaluant leur satisfaction vis-à-vis du traitement et du résultat. L'avantage: le bien-être du patient est au premier plan. L'inconvénient: les avis peuvent être très subjectifs. En effet, les patients ne sont la plupart du temps pas en mesure d'évaluer la qualité d'un traitement. Autre approche possible: les données factuelles comme les infections postopéra-

toires des plaies, les réadmissions non prévues ou le nombre d'opérations qu'un hôpital effectue.

À cet égard, la Norvège est un exemple frappant: un système d'incitation financière lié à 200 indicateurs a été introduit pour encourager les hôpitaux à améliorer la qualité du système de santé. Il s'agit par exemple du taux de survie, des temps d'attente ou des enquêtes auprès des patients. Cependant, aucune amélioration significative de la qualité n'a pu être constatée depuis. Comme la mesure a été mise en œuvre simultanément dans tout le pays, il n'y a pas de groupe de contrôle direct, ce qui rend impossible toute évaluation neutre.

Est-il nécessaire d'avoir autant de jauges et de critères? Et ce système ne conduit-il pas à des incitations inopportunes, les hôpitaux pouvant être tentés d'accepter avant tout des cas qui peuvent améliorer leur résultat?

Ce qui est primordial, ce que les mesures de qualité ne mobilisent pas trop de ressources. Si elles sont trop chronophages ou coûteuses, les économies seront alors faites sur les traitements eux-mêmes. Pour éviter cela, les conventions de qualité mentionnées précédemment sont élaborées par les fédérations elles-mêmes et, levier supplémentaire, la Confédération se réserve aussi le droit d'intervenir. Toutefois, les principaux acteurs disposent d'une certaine marge de manœuvre.

Jusqu'à présent, une seule convention de qualité est en vigueur, celle conclue entre prio.swiss et H+, l'association des hôpitaux. Voilà qui est trop peu, a estimé la Commission de gestion du Conseil des États l'été dernier. Depuis, plusieurs fédérations ont déposé des conventions: la Fédération des médecins (FMH), celle des diététiciens et celle des ergothérapeutes. Toutefois, le Conseil fédéral ne les a pas encore approuvées.

La qualité, un travail de longue haleine

L'un des principaux obstacles pour mesurer la qualité est le nombre d'acteurs (y compris étatiques) différents: la répartition des tâches semble floue. La Confédération, les fédérations et l'ANQ ne sont pas les seuls à jouer un rôle prépondérant: la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) surveille également le développement de la qualité. Créée dans le cadre du contre-projet à l'initiative pour un frein aux coûts, la Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ) a entamé son travail en janvier 2026. Son rôle consiste à surveiller l'évolution des coûts.

Une chose est sûre: croire que plus de régulation est forcément synonyme de plus de qualité est un leurre. Les directives doivent soutenir les soins et non être contre-productives.

« Une simple collecte de données ne sert à rien »

La santé numérique est souvent vendue comme une solution miracle, mais il n'est pas rare qu'elle se termine en fiasco coûteux, à l'instar du dossier électronique du patient. Dans un entretien, Leander Muheim, directeur de mediX zürich et vice-président de mediX schweiz, nous dévoile ce qui doit être amélioré.



Leander Muheim, vice-président de mediX schweiz est sceptique quant à la capacité du DES à optimiser les coûts : « Dans les projets informatiques, on surestime souvent les gains. » Photo : mäd

Leander Muheim, les cabinets médicaux et hôpitaux suisses utilisent près de 100 systèmes d'information différents. Cela complique l'échange structuré de données de santé. Pourquoi la Suisse n'opte-t-elle pas pour un système d'information de cabinet (SIC) national et unifié ?

Il y a une dizaine d'années, nous avons tenté cette approche chez mediX. Mais il y a beaucoup d'inconvénients : changer de système coûte cher aux cabinets médicaux, les besoins en termes économiques et organisationnels sont trop divers et la Suisse est un marché trop petit. Nous sommes donc arrivés à la conclusion qu'il fallait accepter cette hétérogénéité et mettre en réseau les différents systèmes de telle sorte qu'ils puissent échanger des données de manière structurée. Les cabinets médicaux ne travailleront jamais tous avec le même logiciel et ce n'est pas souhaitable. Cette constatation a été le déclencheur pour le développement de Heureka Health, une interface que mediX a développée avec d'autres acteurs du marché. Elle permet un échange de données structuré de manière uniforme, également en dehors de notre réseau.

Le problème de l'échange structuré des données est aussi un défi pour le dossier électronique du patient (DEP). Felix Huber, le président de mediX s'est montré critique à l'égard du DEP, arguant qu'il s'agissait d'une accumulation inutile de PDF sans intérêt. Partagez-vous ce point de vue ?

Oui. Le reproche principal que nous lui faisons est qu'il n'apporte pas de vraie plus-value au quoti-

dien. Tant qu'un système ne donne pas de solutions concrètes aux professionnels de santé sur le terrain, il reste une utopie.

Nous sommes maintenant à l'aube d'un changement : le dossier électronique de santé (DES) va-t-il résoudre les problèmes ?

Une refonte peut s'avérer judicieuse si le Conseil fédéral en profite pour imposer des normes contraignantes et créer des conditions-cadres avantageuses, sans se prendre pour une entreprise informatique. Ce qui est décisif au final, c'est de voir si le dossier électronique de santé (DES) aura une utilité tangible. Beaucoup de projets numériques se focalisent sur le patient. C'est bien, mais dans les faits, cela ne fonctionne qu'à moitié : tant que le patient se porte bien, il va rarement alimenter ses données de santé. Les systèmes qui en sont tributaires ne peuvent pas fonctionner. C'est l'utilisateur qui travaille tous les jours avec le système qui devrait être au centre, les professionnels de santé. C'est à eux que le DES doit apporter une valeur ajoutée concrète dans les processus du quotidien. Des données à jour et structurées seraient déjà un formidable pas en avant. Reste à savoir si ces données seront accessibles sous une forme réellement exploitable dans le quotidien clinique, sans travail administratif supplémentaire.

Quel est votre regard sur l'introduction du DES ?

Elle dépend fortement de la manière dont le DES sera mis en œuvre et aussi de la capacité de Digi-Santé à concrétiser les normes prévues. L'agenda

me paraît extrêmement ambitieux ; ça ne sera pas fait pour 2030, car les processus réglementaires sont souvent très fastidieux. Ce qui va être décisif, c'est à quel point « le bas » sera autorisé à participer. Si le régulateur met en place des directives claires, des normes et une sécurité juridique, tout en laissant la mise en œuvre aux acteurs concernés, des solutions utiles avec une vraie valeur ajoutée pourront voir le jour. Si en revanche les directives autoritaires visant une solution unique prévalent, le résultat sera coûteux et sans réelle utilité au cabinet. Le financement est un élément central, aussi bien pour la conception de l'infrastructure que pour son utilisation au cabinet par la suite. Il faut clairement définir qui paie l'introduction, l'exploitation et le développement jusqu'à ce qu'une vraie valeur ajoutée soit tangible. Sinon, on crée un outil en espérant qu'il va vivoter. Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne sur le terrain. Et même si le financement est là : la simple accumulation de données ne sert à rien. Ces données doivent être organisées, filtrées et préparées de sorte qu'elles soient vraiment exploitables au quotidien.

Et à qui incombe ce rôle ?

Dans la pratique, le rôle de coordination incombe souvent aux médecins de famille parce qu'ils collectent, regroupent et classent des informations. Mais tout dépend de la capacité : nous devons veiller à ce que le DES ne charge pas davantage les praticiens en faisant entrer dans le système des patients en bonne santé qui sur le moment n'ont certes pas besoin de soins, mais indirectement entraînent une charge administrative supplémentaire. Il faut rester concentré sur cet objectif : utiliser les ressources du système de santé avant tout pour soigner les patients. Par ailleurs se pose aussi la question de savoir qui paie pour la surcharge de travail et comment elle est rémunérée.

Le DES peut-il faire baisser les coûts de la santé ?

Dans les projets informatiques, on surestime souvent les gains. Selon moi, le potentiel d'améliorer la qualité est réel, mais faire baisser les coûts... je n'y crois pas vraiment.

L'utilisation du dossier électronique du patient (DEP) est restée en deçà des attentes. Par conséquent, en novembre 2025, le Conseil fédéral a pris une autre direction : le dossier électronique de santé (DES) va remplacer le DEP. Toute personne résidant en Suisse recevra automatiquement un dossier. Qui n'en veut pas pourra le faire supprimer. Hormis les hôpitaux et établissements de soins, les médecins, les pharmaciens et autres fournisseurs de prestations ambulatoires seront désormais obligés d'utiliser le DES. La Confédération sera responsable du système d'information uniforme à l'échelle nationale. L'introduction du DES est prévue pour 2030.