

Réduire les coûts, améliorer la prise en charge médicale

Point de vue des médecins par rapport aux coûts de la santé

Marcia Ito^a, Hakan Kardes^a, Omar Kherad^b, Simon Regard^c, Hervé Spechbach^d, Alain Bigin Younossian^b

^a Magellan.ch, centres médicaux; ^b La Tour Managed Care; ^c Service de médecine interne générale (SMIG), HUG;

^d Service de médecine de premiers recours (SMPR), HUG

Le but de cet article est de s'intéresser aux moyens possibles permettant d'arriver à une diminution de ces coûts, et ce, notamment, à partir de changements liés aux interventions médicales. Une des solutions préconisées à ce sujet serait la nécessité d'adopter un consensus, avec comme prémisse la feuille de route du «Système de santé durable» émise par l'Académie Suisse des Sciences Médicales.

Lire également à ce sujet
l'article de Anna Sax
en page 120.

L'initiative sur la Caisse publique d'assurance-maladie du 28 septembre 2014 a mis en avant le débat sur les responsabilités liées aux coûts des différentes parties du système de santé suisse. En effet, dans notre pays, nous bénéficions d'une médecine performante reconnue au niveau international [1]*, mais qui devient malheureusement de plus en plus onéreuse et dont l'augmentation des coûts est loin d'être contrôlée.

Lors des débats précédant la votation sur la Caisse publique, les discussions se sont principalement portées sur les acteurs potentiellement responsables des coûts de la santé, à savoir, les assurances-maladie et les prestataires de soins. Plusieurs problématiques liées à ces relations ont été abordées, notamment la compensation des risques, la liberté de contracter ainsi que la concurrence et la simplification des processus.

Le but de cet article, émanant d'un groupe de travail constitué essentiellement de médecins, est de s'intéresser aux interventions effectuées ou prescrites par les fournisseurs de soins.

Le bénéfice attribué à ces interventions n'est, en effet, pas toujours démontré. Celles-ci peuvent être inutiles et coûteuses, et même s'avérer dangereuses dans certaines circonstances. En émettant plus d'emphasis sur ces interventions médicales, nous pourrions réduire les coûts et améliorer la prise en charge médicale: c'est le concept du *less is more* venu d'outre-Atlantique [2]. Le message véhiculé par ce concept lance le défi de faire prendre conscience aux médecins et aux patients que les risques potentiels d'un traitement et d'une prise en charge peuvent parfois dépasser les bénéfices attendus. Il convient ainsi, dans des cas bien définis, de s'abstenir et de favoriser des mesures plus modérées.

En Suisse, l'initiative *smartermedicine.ch* [3] va dans ce sens en essayant d'instituer une liste sélective cata-

loguant les interventions médicales (examens ou traitements) jugées trop onéreuses, fréquentes et inutiles, et surtout susceptibles d'être abandonnées pour diminuer les coûts de la santé. Plus globalement, la feuille de route du «Système de santé durable» émanant de l'Académie Suisse des Sciences Médicales [4], représente une véritable stratégie orientée vers un *less is more, made in Switzerland*.

Si la réalisation de ces recommandations permet d'effectuer un grand pas, leur mise en pratique dans les cabinets des médecins de premier recours semble être plus compliquée. Comment faire, en effet, pour que ces médecins optimisent les soins tout en continuant à promouvoir une médecine plus rationnelle et de qualité, basée sur les recommandations internationales, tout en restant personnalisée?

Une des solutions que nous pouvons imaginer, en nous plaçant sous l'angle de la qualité, repose sur l'influence exercée par l'effet de groupe, ou plus spécifiquement sur le contrôle effectué par les pairs. En partageant les dossiers, nous partons de l'hypothèse que les médecins seraient incités à porter une attention plus particulière à la justesse des données ainsi qu'à l'accessibilité de l'information qu'ils transmettent, ce qui aurait effectivement pour résultat d'en augmenter la qualité.

Contrôle par les pairs

Dans le milieu hospitalier, le contrôle par les pairs joue un rôle très important. Les partenaires de l'alliance H+, soit les hôpitaux suisses, la Fédération des médecins suisses (FMH), et l'Association suisse des directrices et directeurs des services infirmiers (ASDSI), ont mis au point un concept détaillé qui vise à introduire une procédure nationale du contrôle par les pairs afin d'iden-

* Les références se trouvent sous www.bullmed.ch
→ Numéro actuel ou
→ Archives → 2016 → 3.



Le concept du *less is more*: les risques potentiels d'un diagnostic ou d'un traitement peuvent parfois dépasser les bénéfices attendus.

tifier le potentiel d'amélioration des procédures thérapeutiques. Ce contrôle par les pairs, en milieu hospitalier, consiste, en cas d'anomalies statistiques, à procéder à une analyse rétrospective des cas avec le concours de spécialistes externes et, si nécessaire, à élaborer, en commun, des mesures d'amélioration de la qualité.

Dans l'ambulatorio, nous pouvons identifier ce type de phénomène surtout dans les cabinets de groupe, où les dossiers informatiques sont partagés avec une optimisation et une sécurisation des prises en charge permettant la standardisation des pratiques [5]. L'utilisation d'un dossier médical informatisé améliore la visibilité et la lisibilité, la prise en charge à long terme et la transmission des données concernant un patient, son traitement et son suivi [6]. La prescription des traitements devient également plus sûre et plus rapide. Le dossier patient informatisé contient, en outre, des alertes et des outils d'aide à la décision évolutifs qui ne cessent de se développer.

Hormis son utilité incontestable dans l'optimisation et la standardisation des prises en charge, le dossier médical informatisé partagé a un autre avantage probablement sous-estimé: son rôle de sentinelle de la pratique médicale, à travers l'effet Hawthorne, généré par le contrôle fait par les pairs. L'effet Hawthorne, né des expériences d'un professeur de Harvard auprès des employés d'une usine électrique à Hawthorne au début du XX^e siècle, se réfère à la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux fac-

teurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont surveillés et testés [7].

En extrapolant cet effet à l'échelle médicale, il est fort probable que le simple fait de savoir que le dossier médical du patient est partagé avec des pairs va inciter les médecins à respecter les bonnes pratiques cliniques et à mieux remplir les dossiers. Dans le monde hospitalier, c'est la transversalité des soins et une certaine hiérarchie qui assurent ce contrôle par les pairs.

En Ecosse, il existe, pour les généralistes, un programme de revue des cas par les collègues, entraînés à donner un *feedback*. Une étude [8] pratiquée dans ce cadre a montré que les médecins praticiens appréciaient, dans l'ensemble, de recevoir le *feedback* d'un collègue. Signalons encore que dans cette étude une minorité ne se sont pas sentis à l'aise pour donner ce *feedback*. Aux Etats-Unis, les médecins généralistes peuvent être certifiés comme ayant été contrôlé par un pair sur une base volontaire [9].

Une contrainte: le temps nécessaire là où de nombreux généralistes ressentent déjà un empiètement de leur temps de travail clinique par les activités administratives. En effet, la comparaison des pratiques médicales entre collègues entraîne une charge supplémentaire notable (ex. cercles de qualité). Celle-ci ne pourrait-elle pas être intégrée à la formation continue obligatoire? Un incitatif pourrait être l'obtention d'un nombre de crédits de formation plus élevé qu'un colloque habituel.

Conclusion

La votation sur la caisse unique a été l'opportunité de débattre et de mettre en avant l'importance d'une réflexion portant sur l'augmentation des coûts de la santé. Toutes les discussions concernant la gestion des primes ont été validées, ce qui nous incite évidemment à repenser cette problématique sur laquelle la nécessité d'agir est devenue le point de convergence de toutes ces réflexions. Mais aussi et surtout, cela a souligné le caractère primordial de la force d'action qui doit être la nôtre, afin d'aller plus loin encore, et d'avoir un impact réel sur la réduction des coûts.

Une des solutions que nous préconisons s'appuierait sur la nécessité d'un consensus, trouvant sa légitimité par l'approbation faite par nos pairs. Dans un cabinet de groupe, les outils informatiques et le partage des dossiers sont des moyens permettant, à notre sens, d'améliorer la qualité des soins. La transparence et la critique constructive sont également des outils efficaces pour la promotion de l'amélioration continue, et dont l'impact au niveau de la qualité et des coûts du système de santé est, aujourd'hui, indéniable.

Correspondance:
 Marcia Ito
 Médecin-dentiste, MAS
 Economie et Management
 de la Santé
 Directrice Stratégie et
 qualité Magellan.ch SA
 Rue de Vermont 37
 CH-1202 Genève
 Tél. 022 795 25 55
 m.ito[at]cmge.ch
 www.magellan.ch

Références

- 1 Organisation de coopération et de développement économiques. Examen de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse. Paris; 2011.
- 2 Regard S, Gaspoz JM, Kherad O. Less is more. *Rev Med Suisse*. 2013;9(381):770, 772–4.
- 3 www.smartermedicine.ch, accédé le 11.8.2015.
- 4 Académie Suisse des Sciences Médicales. Médecine durable. Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Bâle; 2012.
- 5 Regamey PF. Enjeux et utilité du dossier patient informatisé, CHUV. www.documed.ch/wAssetsDocumed/bin/fr/manifestations-17022011/04_Regamey_PF_Observations-de-la-pratique-et-des-projets-hospitaliers.pdf.
- 6 Bischoff T, Herzig L, Sommer J, Haller DM. La cyber-médecine de famille et son cyber-patient. *Rev Med Suisse*. 2015;(474):1051–2.
- 7 Ombelli J, Pasche O, Sohrmann M, Monti M. L'informatique: un outil remarquable pour l'enseignement de la médecine interne générale. *Rev Med Suisse*. 2015;11(474):1074–80.
- 8 Murie J, McCrae J, Bowie P. The peer review pilot project: a potential system to support GP appraisal in NHS Scotland? *Educ Prim Care*. 2009;20(1):34–40.
- 9 Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? *BMJ*. 2006;333(7565):439–41.