

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Julien Sansonnens et consorts - Contenir les coûts de la santé en réduisant la surmédicalisation

Rappel de l'interpellation

La maîtrise des coûts de la santé représente un défi majeur pour les pouvoirs publics. L'évolution des pratiques médicales et hospitalières, les exigences de patients et, dans une moindre mesure, le vieillissement de la population, expliquent en grande partie l'augmentation régulière des coûts.

Une partie des dépenses de santé n'ont pas de valeur ajoutée. Une étude parue en 2012 [Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. JAMA. 2012 ; 307(14) : 1513-1516. doi :10.1001/jama.2012.362] estime que 30% des coûts sans valeur ajoutée sont dus au surtraitement médical, c'est-à-dire à l'application d'un traitement médical inutile et/ou nuisible.

L'initiative "Choosing wisely" est un mouvement international qui vise à aider les médecins et les patients à engager une réflexion au sujet des examens, traitements et interventions qui ne sont pas nécessaires. L'initiative "Smarter Medicine" va dans le même sens, et propose une liste d'interventions à éviter en médecine interne générale.

Des preuves scientifiques existent quant à la surutilisation de certaines interventions coûteuses. Contenir le nombre de ces interventions — ne les pratiquer que lorsque l'intérêt médical est démontré — participe ainsi à la nécessaire maîtrise des coûts de la santé.

Sur la base de ces éléments, je remercie par avance le Conseil d'Etat pour ses réponses aux questions suivantes :

- 1. En Suisse, la mise en œuvre des principes des initiatives "Choosing wisely" et "Smarter Medicine" semble s'effectuer lentement. Qu'en est-il dans le canton de Vaud, en particulier dans les hôpitaux publics ?*
- 2. Des conflits d'intérêts peuvent exister dès lors qu'un praticien ou un établissement de soins est incité financièrement à réaliser certains actes non strictement nécessaires. De même, un praticien peut être amené à réaliser certains actes ou tests non strictement nécessaires afin de se protéger d'éventuels conflits juridiques. Quelles sont les mesures proposées ou mises en œuvre afin de réduire la portée de tels conflits d'intérêts ?*
- 3. Le Conseil d'Etat a-t-il la compétence, respectivement la volonté, de décider qu'un certain nombre d'interventions médicales, dont il a été démontré scientifiquement qu'elles sont inutiles, ne doivent plus faire l'objet d'un remboursement ?*
- 4. La formation des médecins joue un rôle crucial dans la réduction de la surmédicalisation. Cette problématique est-elle intégrée au cursus de l'école lausannoise de médecine, le cas échéant sous quelle forme ?*

5. *Le patient a également un rôle important à jouer dans la réduction de la surmédicalisation. Un concept d'information existe-t-il dans le canton ? Du matériel a-t-il été développé ou repris ?*
6. *Les connaissances scientifiques sont insuffisantes en ce domaine, en particulier concernant les patients multimorbides. Des projets de recherche sur la surmédicalisation sont-ils en cours, ou prévus dans le canton ?*
7. *Dans les EMS, le dosage, ainsi que le nombre des médicaments administrés aux pensionnaires ne sont, semble-t-il, pas toujours optimaux. Le Conseil d'Etat dispose-t-il d'un concept concernant cette problématique ? Le cas échéant, quelles mesures sont ou seront prises ?*

Réponses du Conseil d'Etat

1 INTRODUCTION

Les motifs de l'augmentation des coûts des prestations du système de soins font débat autant dans les milieux politiques que scientifiques. Les raisons principales identifiées sont, tout d'abord, le développement des technologies (augmentation des moyens diagnostiques, modalités de traitement), puis les effets de la démographie (augmentation globale de la population, maladies chroniques et vieillissement) et le changement de comportement des patients comme celui des professionnels.

Des initiatives comme "Choosing Wisely" et "Smarter Medicine" ont été lancées aux Etats Unis (en 2012 pour Choosing Wisely) dans le but de favoriser une discussion ouverte entre patients et médecins sur le thème de la surmédicalisation, de diminuer le gaspillage en médecine et d'éviter l'exposition du patient à des risques inutiles. Elles consistent en un processus d'élaboration rigoureux de recommandations basées sur une évidence scientifique solide. Emanant du corps médical, avec la participation des associations de patients, elles tiennent compte autant du patient que du contexte médical et économique global ; elles ont un fort potentiel d'acceptation. A relever que ces initiatives s'inscrivent dans un changement de paradigme dans le domaine des soins selon lequel davantage de prestations ne garantit pas un meilleur état de santé, voire même peut avoir des effets délétères sur la situation d'une personne.

Les recommandations de "Choosing Wisely" ou "Smarter Medicin " doivent être formulées par chaque discipline médicale. En Suisse, la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) a pris l'initiative d'éditer les premières listes pour la médecine interne hospitalière et ambulatoire. Ces listes, datant de 2014 pour l'ambulatoire, et 2016 pour l'hospitalier, ont été publiées au niveau national dans la presse médicale (Bulletin des médecins suisses en 2014 et Swiss medical Forum en 2016), présentées dans des congrès médicaux. Des médias de presse écrite, radio et télévision ont également relayé ces informations. Les recommandations se limitent à cinq actes fréquemment pratiqués, de nature autant diagnostiques que thérapeutiques. Elles visent une meilleure qualité de prise en charge pour le patient et renforcent chez le médecin une réflexion critique en matière d'exams diagnostiques ou de prescription. L'impact des listes "Top 5" sur les coûts de la santé ou la prescription est actuellement difficilement perceptible. La démarche a toutefois le mérite de stimuler la discussion sur la surmédicalisation et permet une réflexion plus large sur l'approche médicale.

Un site www.smartermedicine.ch a été créé, avec des informations pour les médecins et le public non-médical. D'autres disciplines médicales devraient suivre prochainement avec leurs propres listes. Actuellement, l'Académie Suisse des Sciences Médicales reprend l'initiative avec le projet de créer une fondation pour la promotion de "Smarter Medicine", ensemble avec la SSMIG, l'Association Suisse des Patients et l'Association Suisse des Consommateurs.

2 RÉPONSES AUX QUESTIONS

2.1 En Suisse, la mise en œuvre des principes des initiatives "Choosing wisely" et "Smarter Medicine" semble s'effectuer lentement. Qu'en est-il dans le canton de Vaud, en particulier dans les hôpitaux publics ?

Ces listes sont apparues très récemment dans le paysage médical. Au niveau hospitalier, les recommandations ont été largement diffusées au CHUV, avec des colloques de sensibilisation dans l'enseignement postgrade et une forte implication des cadres médicaux, infirmiers et physiothérapeutes pour susciter leur application. Les recommandations font partie des objectifs prioritaires d'application au sein du Service de médecine interne (rapport annuel 2016). Des procédures sont en phase d'application avec la participation des physiothérapeutes et infirmières (par exemple la mobilisation précoce) et avec des projets de recherche appliqués (par exemple la pose de sonde urinaire, les infections nosocomiales). La polymédication est également étudiée et des projets de recherche sont en cours (par exemple sur la réconciliation médicamenteuse entre pré et intra-hospitalier).

Au sein du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), suite à l'interpellation du député Haury (2015) [Interpellation Jacques-André Haury – Surmédicalisation des patients âgés : que se passe-t-il à Cery (15_INT_337)], une consolidation du suivi multidisciplinaire de la prescription médicamenteuse a été instaurée avec des formations pour les infirmières et les médecins et l'appui d'une pharmacienne-clinicienne ; un renforcement des approches thérapeutiques non-pharmacologiques a également été mis en place.

Dans les hôpitaux de la FHV, il n'y a pas à proprement parler d'initiatives intitulées "Choosing wisely" ou "Smarter Medicine" en cours. Les démarches qualité-sécurité menées actuellement par les hôpitaux touchent néanmoins à certains des aspects promus par ces recommandations internationales.

Au niveau ambulatoire, les médecins en formation de spécialisation de médecine interne générale à la Policlinique médicale universitaire (PMU) bénéficient d'un module de formation "raisonnement clinique – evidence based medicine" au cours duquel les enjeux de la liste "Smarter Medicine" sont abordés, en particulier dans la manière d'inclure le patient dans le processus décisionnel. Un certain nombre de futurs médecins de famille effectuent leur formation en dehors des centres universitaires : les cursus régionaux de formation (p.ex. ForOm NV) permettent l'enseignement et l'application de ces principes.

Quant aux praticiens installés, une recherche récente (C. Cohidon et al. in Rev Med Suisse 2017 ;13 :285-7) réalisée en Suisse a montré que la campagne "Smarter Medicine" semble largement connue par les médecins de famille, avec une bonne adhésion aux recommandations, ce qui permet d'être optimiste pour la mise en œuvre de ces principes.

2.2 Des conflits d'intérêt peuvent exister dès lors qu'un praticien ou un établissement de soins est incité financièrement à réaliser certains actes non strictement nécessaires. De même, un praticien peut être amené à réaliser certains actes ou tests non strictement nécessaires afin de se protéger d'éventuels conflits juridiques. Quelles sont les mesures proposées ou mises en œuvre afin de réduire la portée de tels conflits d'intérêt ?

De manière générale, dès qu'une attitude clinique est basée sur des recommandations, telles celles de "Smarter Medicine", reflétant les "bonnes pratiques", le risque de conflits juridiques est minime. En plus, la pratique de la décision partagée avec le patient est encouragée pour diminuer l'attitude défensive des médecins.

Dans le domaine de l'ambulatoire, le financement à l'acte relève uniquement de la LAMal. Formellement, les contrôles en la matière relèvent en premier lieu des caisses maladie (LAMal art 56 - principe de l'économicité). La loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd du 23 juin 2006 - art 40) responsabilise toutefois les praticiens sur l'aspect financier des traitements prodigués. Ainsi,

dans le canton de Vaud, les médecins de famille ont mis en place certains mécanismes visant à revoir leurs pratiques dans des cercles de qualité auxquels une grande majorité d'entre eux adhèrent (plus de 80% selon une enquête OBSAN de 2012). Plus généralement, en tant qu'autorité de surveillance, via les autorisations de pratiquer délivrées aux médecins, du respect de leurs devoirs professionnels, le DSAS pourrait être amené à intervenir.

En outre, en matière ambulatoire, l'évolution globale des coûts préoccupe le Conseil d'Etat : dans le cadre des négociations tarifaires, le DSAS a demandé aux médecins et aux assureurs de mettre en place des mécanismes de maîtrise des volumes de prestations. Dans la mesure où les partenaires tarifaires ne parviennent pas à répondre à cette demande, le Conseil d'Etat pourrait fixer ces modalités.

Dans le domaine hospitalier aigu stationnaire, une étude de l'OFSP, intitulée "Excédent de prestations stationnaires pour les personnes avec une assurance complémentaire" (2016) met en évidence que pour certaines interventions électives (sans caractère urgent et planifiable), et en particulier dans le domaine des maladies et troubles de l'appareil musculosquelettique, les hôpitaux sont incités à intervenir davantage pour des patients disposant d'une assurance complémentaire par rapport à ceux ne bénéficiant que de l'assurance de base. Actuellement, le DSAS étudie la possibilité de faire des audits afin de déterminer la pertinence de certaines interventions (en collaboration avec la société AssesSurgery).

Enfin, il convient de relever que le système forfaitaire (DRG - Diagnosis related groups) de financement hospitalier stationnaire n'incite pas l'hôpital, une fois que l'hospitalisation a eu lieu, à produire des actes qui ne sont pas nécessaires.

2.3 Le Conseil d'Etat a-t-il la compétence, respectivement la volonté, de décider qu'un certain nombre d'interventions médicales, dont il a été démontré scientifiquement qu'elles sont inutiles, ne doivent plus faire l'objet d'un remboursement ?

Au vu de la complexité du domaine touchant exclusivement l'expertise médicale, le Conseil d'Etat n'est pas favorable à s'engager dans une telle démarche. Le caractère des recommandations cliniques, issues d'un consensus d'experts, exclut d'imposer ou d'interdire formellement des pratiques. Le DSAS soutient différentes mesures émanant des milieux professionnels (cf. cercles de qualité pour les EMS) ; le département va également développer des revues effectuées par des pairs (démarche prospective visant à faire vérifier les indications et la prise en charge par des professionnels – pairs) en chirurgie hospitalière : ici aussi, le but sera d'agir sur la qualité et la sécurité des soins.

Le Conseil d'Etat observe avec attention les intentions de certains cantons alémaniques d'édicter une liste des interventions pour lesquelles le remboursement ne serait effectué qu'en ambulatoire. L'Office fédéral de la Santé Publique mène actuellement des travaux, relayés récemment par la presse, allant dans la même direction. Cas échéant, des mesures similaires pourront être prises dans le canton de Vaud.

2.4 La formation des médecins joue un rôle crucial dans la réduction de la surmédicalisation. Cette problématique est-elle intégrée au cursus de l'école lausannoise de médecine, le cas échéant sous quelle forme ?

La Faculté de biologie et de médecine (FBM) de Lausanne suit le catalogue fédéral de la formation médicale pré-graduée qui définit en matière d'enseignement les obligations des facultés de médecine. La FBM a introduit en 2ème année de Master des cours autour de problématiques déontologiques dont un cours relatif à l'initiative "Smarter Medicine" dans le cadre de l'enseignement de la médecine générale. Durant cette période de leur formation, les futurs médecins abordent, à travers l'étude de cas, le raisonnement clinique. Celui-ci conduit à une réflexion sur l'adéquation de la décision médicale, comprenant également les aspects d'économicité du traitement et de respect des valeurs du patient. Des masters médicaux spécialisés vont probablement voir le jour, tels que la médecine de premier recours à l'université de Fribourg ou l'économie de la santé à celle de St-Gall. Ces développements seront suivis avec intérêt par le Conseil d'Etat.

La formation va se poursuivre ensuite au niveau post-grade. La coordination entre la formation pré-graduée et la formation post-graduée est une priorité tant pour le Décanat que pour la Direction du CHUV ; elle est assurée par la Direction de L'Ecole de Formation Pré-Graduée. Les aspects pratiques tels que l'éthique et la déontologie médicale, le droit de la santé sont à ce moment de la formation abordés plus en détails (cf. à ce propos la réponse à la question 1).

La formation continue est sous l'égide des différentes spécialités médicales ; les formations suivies par les praticiens sont validées par l'Institut suisse de formation postgrade et continue (ISFM) rattaché à la Fédération des médecins suisses (FMH). Les sociétés médicales cantonales, telle la Société vaudoise de médecins (SVM), organisent certaines de ces formations. Dans son rôle régalién, le canton contrôle dans certaines situations les certificats de formation permanente.

2.5 Le patient a également un rôle important à jouer dans la réduction de la surmédicalisation. Un concept d'information existe-t-il dans le canton ? Du matériel a-t-il été développé ou repris ?

Pour le moment, le public a été informé par la presse et les médias sur l'initiative "Smarter Medicine". Une démarche de communication est en train de se mettre en place sur le plan suisse avec la création de la fondation pour la promotion de "Smarter Medicine", sur laquelle le Conseil d'Etat compte s'appuyer.

2.6 Les connaissances scientifiques sont insuffisantes en ce domaine, en particulier concernant les patients multimorbides. Des projets de recherche sur la surmédicalisation sont-ils en cours, ou prévus dans le canton ?

La multimorbidité est un axe de recherche prioritaire de l'Institut universitaire de Médecine de famille, Lausanne ; une étude est actuellement en cours sur les problèmes de la multimorbidité chez la personne âgée (étude AGE). Le centre de pharmacie communautaire à la Policlinique médicale universitaire lance actuellement un projet de recherche, financé par le Fonds national suisse (FNS), sur la déprescription dans les EMS. D'autres études ont lieu dans diverses institutions universitaires en Suisse. Parmi celles-ci, l'institut de médecine de famille de Berne dirige un projet européen (étude OPERAM : OPTimising therapy to prevent Avoidable hospital admissions in the Multimorbid elderly, <http://operam-2020.eu/>).

2.7 Dans les EMS, le dosage, ainsi que le nombre des médicaments administrés aux pensionnaires ne sont-ils pas toujours optimaux. Le Conseil d'État dispose-t-il d'un concept concernant cette problématique ? Le cas échéant, quelles mesures sont ou seront prises ?

La mise en place de cercles de qualité impliquant médecins, pharmaciens et personnel des EMS, par l'analyse des ordonnances médicales et l'adoption de consensus de prescription, a permis d'augmenter la qualité des médications tout en entraînant une diminution des coûts. Dans son Rapport sur la politique sanitaire 2008 – 2012, le Conseil d'État a déjà inclus comme action n° 7 le soutien de la mise en place de cercles de qualité. L'ensemble des EMS vaudois devrait y être intégré en 2017. En plus de l'optimisation de la qualité des prescriptions médicamenteuses et de la satisfaction des acteurs par la collaboration interprofessionnelle à l'interne des cercles, la démarche a pour corollaire un effet significatif sur les coûts des médicaments, qui ont diminué de 4 à 7% par an selon les missions des établissements. En 2016, les économies cumulées sur cinq ans se montent à 3,5 millions de francs. En 2017, le DSAS allouera 2 millions de francs au programme cercles de qualité-assistance pharmaceutique dans les EMS.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 14 juin 2017.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean