

S'ouvrir

Vers un système de santé fondé sur la valeur : leviers de transformation en Suisse

Dre méd. Sophie-Christin Ernst, Dr méd. Murat Bilici, Dr méd. Florian Rüter



VBHCSUISSE
Swiss Society for Value Based Healthcare

« Ce document présente très bien le programme de mise en œuvre. Partout dans le monde, je vois des gouvernements et des organisations nourrir une forme de « croyance » dans la VBHC et en prôner l'adoption, sans préciser ce qui doit se passer pour que cela soit possible. Vous avez mis le doigt sur un grand nombre d'étapes critiques et d'obstacles. Pour mémoire, ils ne sont pas spécifiques à la Suisse; il s'agit plutôt de questions qui se posent à l'échelle mondiale. »

Scott Wallace – mai 2025

L'auteure et les auteurs s'engagent bénévolement au sein de l'association VBHC Suisse. Le présent document de réflexion a été rédigé de manière indépendante, sous leur responsabilité. La traduction française de la version allemande a bénéficié du soutien de Ksenia Tugay, PhD.

Dre méd. Sophie-Christin Ernst

Comité de VBHC Suisse
Chercheuse, Spross Research Institute, Hôpital Triemli à Zurich
Chercheuse associée, Université technique de Berlin
Clinique ophtalmologique, Hôpital universitaire de Bâle

Dr méd. Murat Bilici

Responsable des services REDCap
DAS Data Science (ZHAW)
FMH Orthopédie et traumatologie
Gestion de la qualité et soins de santé axés sur la valeur
Hôpital universitaire de Bâle

Dr méd. Florian Rüter

Comité de VBHC Suisse
FA chirurgie cardiovasculaire thoracique
Gestion de la qualité et soins de santé axés sur la valeur
Hôpital universitaire de Bâle

Mode de citation recommandé : Ernst SC, Bilici M, Rüter F. (2025) :
Vers un système de santé fondé sur la valeur: leviers de transformation en Suisse

Contenu

1. Résumé	4
2. Penser les soins de santé en termes de résultats	5
2.1 Value-based Healthcare – le bien-être des patient·e·s est au centre de nos préoccupations	7
3. Champs d'action vers un système de santé fondé sur la valeur	8
3.1 Définir la qualité et mesurer de manière cohérente le bénéfice pour les patient·e·s	9
3.2 Partager et exploiter les données afin de créer de la valeur (Value) pour les patient·e·s	10
3.3 Impliquer les patient·e·s et renforcer leurs prérogatives	11
3.4 Supprimer les silos au profit de partenariats et de réseaux	12
3.5 Acquérir de l'expérience, partager les connaissances et apprendre des bonnes pratiques	13
3.6 Créer de nouvelles structures incitatives – encourager et rémunérer la qualité	14
3.7 Développer la VBHC et l'étendre aux valeurs des spécialistes de la médecine	16
4. Conclusion	19
5. Annexe	20
Annexe 1 : Facteurs de réussite pour la mise en œuvre de la VBHC	20
Annexe 2 : Exemples de modèles de soins fondés sur la valeur en Suisse	20
5.1 Responsabilisation des patients et rémunération en fonction de la valeur pour les patient·e·s	21
5.2 Value-Based Healthcare au Lungentumorzentrum USB/Roche	21
5.3 Des partenariats durables plutôt que des relations commerciales – le patient au cœur des accords de valeur	24
5.4 Réseau de l'Arc	24
6. Bibliographie	25

1. Résumé

Le système de santé suisse jouit d'une bonne réputation à l'échelle internationale et les citoyens et citoyennes profitent d'une espérance de vie élevée. Il fait toutefois face à des défis majeurs, notamment l'augmentation des coûts et une pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée. Le concept de médecine fondée sur la valeur (« Value-based Healthcare » ou VBHC) constitue une approche prometteuse pour répondre à ces enjeux, car elle place systématiquement l'utilité pour le patient au centre des priorités. L'objectif de la VBHC est d'obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques possibles, tout en utilisant efficacement les ressources disponibles. Cette approche implique cependant une transformation profonde à tous les niveaux du système de santé – de la pratique clinique au financement, en passant par l'organisation des soins.

Le présent document de réflexion identifie sept domaines d'action pour la mise en œuvre d'une médecine fondée sur la valeur en Suisse :

Définir la qualité et mesurer de manière cohérente le bénéfice pour les patient·e·s :

les PROM (Patient-Reported Outcome Measures, mesures de résultat rapportés par les patients) jouent un rôle clé pour saisir leur point de vue et évaluer la qualité des soins de manière globale.

Partager et exploiter les données afin de créer de la « valeur » :

la mise en place d'une infrastructure numérique garantissant l'interopérabilité tout en respectant la confidentialité des données est essentielle pour générer une valeur ajoutée pour les patient·e·s.

Impliquer les patients et renforcer leur rôle :

les patients devraient être associés à l'ensemble des processus décisionnels et voir leurs compétences en matière de santé renforcées afin de participer activement à leurs parcours de soins.

Supprimer les silos au profit de partenariats et de réseaux :

un échange d'informations fluide nécessite la collaboration de tous les acteurs du système de santé.

Acquérir de l'expérience, partager les connaissances et apprendre des bonnes pratiques :

l'échange de bonnes pratiques et la collaboration au sein de réseaux tels que VBHC Suisse sont essentiels pour progresser collectivement et promouvoir une approche orientée vers la qualité.

Créer de nouvelles structures incitatives – encourager et rémunérer la qualité :

des incitations financières récompensant la qualité et encourageant l'innovation sont nécessaires pour accélérer la transformation vers un système centré sur la valeur apportée.

Développer la VBHC et l'étendre aux valeurs des spécialistes de la médecine :

l'approche VBHC devrait intégrer les besoins des spécialistes de la médecine afin d'améliorer les conditions de travail et de prévenir le burnout.

2. Penser les soins de santé en termes de résultats

« Made in Switzerland » est considéré au niveau international comme un indicateur de qualité exceptionnelle des produits et services. Le système de santé suisse jouit lui aussi d'une excellente réputation à l'échelle internationale. Si l'on considère l'espérance de vie (OECD 2023/1) comme un indicateur approximatif de la qualité d'un système de santé, la Suisse se positionne favorablement et se compare par exemple à d'autres pays voisins comme l'Italie ou la France. En comparaison internationale, on constate toutefois que la Suisse a des coûts de santé nettement plus élevés : en termes de dépenses de santé par habitant, elle occupe en effet la deuxième place parmi les pays de l'OCDE (OECD 2023/2). Comme c'est le cas dans d'autres pays, le système de santé suisse fait face à des défis croissants liés à l'augmentation des coûts, mais aussi à des problèmes tels que la pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée, qui sont parfois amplifiés par les structures d'incitation existantes et l'accent mis sur la productivité (GDK 2020). Des voix s'élèvent qui, en raison de ces évolutions, demandent une réorientation de la quantité vers la qualité se font entendre (GDK 2023).

L'objectif est le suivant :

- consacrer les ressources limitées du domaine des soins de santé à une amélioration mesurable du bien-être des patient·e·s et de la société,
- garantir l'accès équitable aux innovations médicales et
- créer un système de santé résilient et durable dans lequel les prestataires ont plaisir à travailler et peuvent contribuer au bien-être des patient·e·s et à la santé de la société.

Cet objectif soulève deux questions essentielles :

1. Comment définissons-nous et mesurons-nous la qualité et l'utilité (« Value ») dans les soins de santé ?
2. Comment promouvoir la qualité de la manière la plus efficace possible, obtenir la plus grande «Value» possible pour les patient·e·s et le système?

Les soins de santé fondés sur la valeur (Value-based Healthcare) (Porter 2006, Teisberg 2008, FMH/SAQM 2024) constituent une approche globale qui apporte des réponses aux questions ci-dessus et dont le potentiel pour le système de santé suisse a déjà été décrit dans différentes publications.

Afin d'identifier les catalyseurs pour la mise en œuvre de cette approche, d'éclairer le rôle des incitations financières et des ressources, et de définir des champs d'action concrets dans le cadre d'un dialogue multipartite, des parties prenantes en lien avec le système de santé suisse aux perspectives très diverses se sont réunies au printemps 2023 dans le cadre de l'atelier « Financing High-Value Health Care ». Les tables rondes ont été animées par Elizabeth Teisberg et Scott Wallace, défenseurs de renommée internationale de la théorie de la VBHC, et ont été accueillies par l'Association des entreprises pharmaceutiques suisses (Teisberg, Wallace et al. 2020). Des représentant·e·s d'Avenir Suisse, CSS Assurance, EQUAM, FMH, Groupe Mutuel, Hirslanden, Interpharma, Johnson & Johnson, Pfizer, PwC, Roche, SWICA et de l'Hôpital universitaire de Bâle ont participé aux discussions.

Life expectancy at birth by sex, 2021 and 2022 (or nearest year)

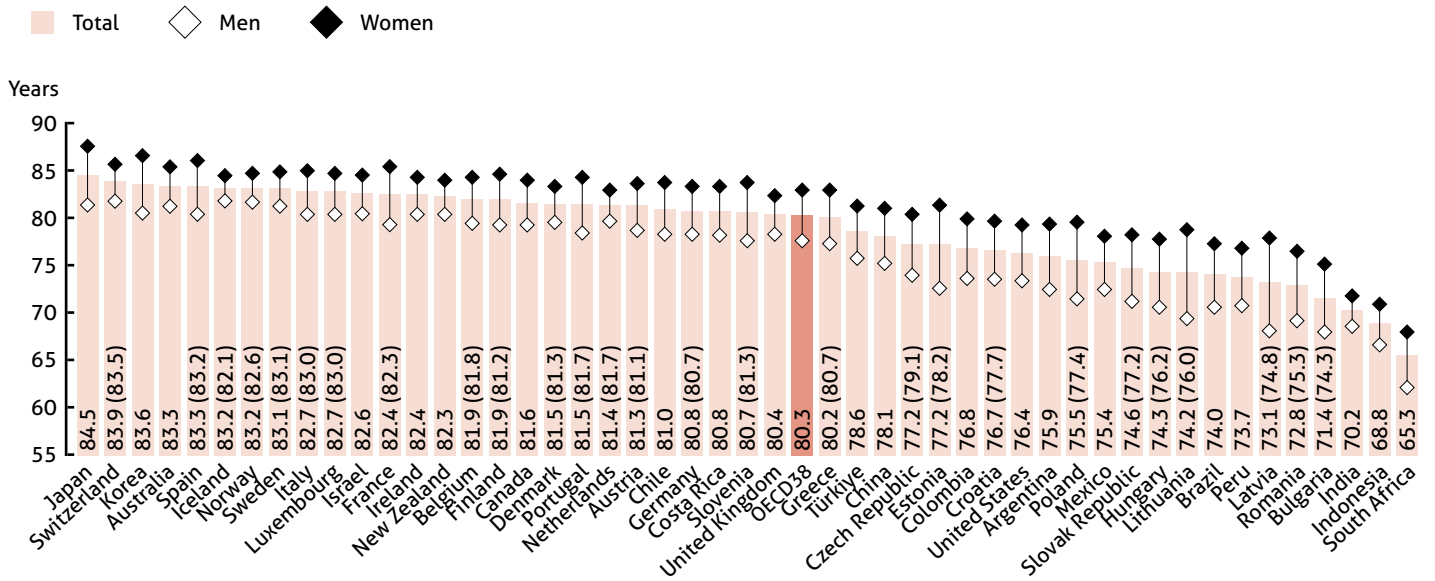


Fig. 1 : Espérance de vie à la naissance par sexe, 2021 et 2022 (ou année la plus proche). (OCDE 2023/1)

Note : Données les plus récentes disponibles pour le Royaume-Uni datant de 2020 et pour la Turquie de 2019. Les valeurs provisoires de 2022 sont indiquées entre parenthèses.

Health expenditure per capita, 2022 (or nearest year)

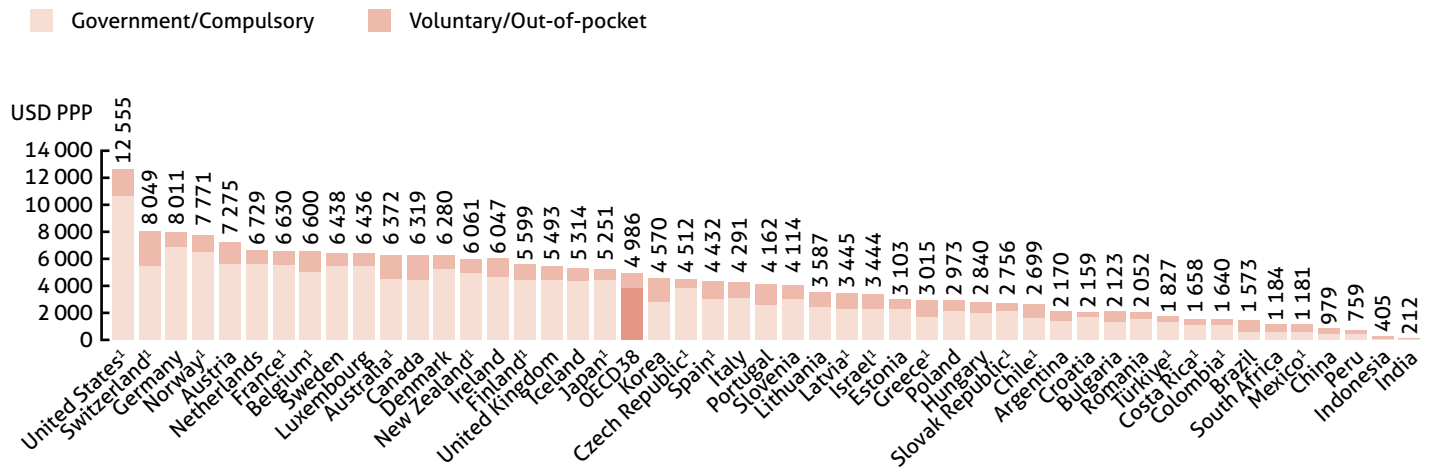


Fig. 2 : Dépenses de santé par habitant, 2022 (ou année la plus proche) (OCDE 2023/2)

Note : 1. Estimations de l'OCDE

2.1 Value-based Healthcare – le bien-être des patients est au centre de nos préoccupations

L'expression Value-based Healthcare revient de plus en plus souvent dans les débats sur la refonte du système de santé suisse. Que signifie-t-elle exactement ?

L'expression Value-based Healthcare (VBHC) a été inventée par l'économiste et chercheur américain Michael E. Porter et l'économiste de la santé Elizabeth Teisberg dans leur ouvrage commun « Redefining Health Care ».

Ils se sont rendu compte que les systèmes de santé aux États-Unis et dans le monde étaient « malades » :

- Les coûts augmentent et, lorsque les données sont disponibles, on observe une forte variance non souhaitée des résultats obtenus dans le domaine des soins de santé.
- L'accent est mis sur la productivité, la fourniture de prestations médicales et leur remboursement.
- Le système est fragmenté, organisé principalement autour des spécialités médicales et les prestations et les données sont souvent cloisonnées avec peu de recoupements.

Les auteurs concluent qu'il est nécessaire d'adopter une approche qui mette l'accent sur l'utilité pour le ou la patient-e (Value), la qualité de vie liée à la santé perçue individuellement, le bien-être et la fonctionnalité atteinte, et qui prenne également en compte les processus de soins de manière globale. Afin de saisir la perspective du patient, des « Patient-Reported Outcome Measures » (PROM) doivent être collectées en complément des résultats cliniques (tels que les valeurs sanguines, les données d'imagerie, les résultats de tests fonctionnels, mais aussi les taux de complications) afin d'obtenir une vue d'ensemble. Ces éléments doivent ensuite être intégrés au parcours de traitement. Ils sont mis en relation avec les coûts engagés sur l'ensemble du cycle de traitement (Porter 2007) dans l'« équation des avantages » développée par Porter et Teisberg, afin de quantifier la valeur d'un traitement.

$$\text{Value} = \frac{\text{Patient-reported outcome measures (PROMs)}}{\text{Costs}}$$

Fig. 3 : « Value equation », adapté de Porter (2007)

Depuis sa création, l'approche VBHC a été actualisée par différents experts au niveau international. Ces derniers l'ont encore précisée pour répondre aux exigences de la Suisse (Teisberg 2008, GDK 2020, van der Nat 2022, Taboada 2023, Larsson 2023, FMH/SAQM 2024). Tous ont en commun l'exigence d'un changement de paradigme qui place les patient-e-s au centre du système afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles en utilisant au mieux les ressources disponibles. Ce principe, à première vue trivial, nécessite un processus de transformation – au niveau micro dans le quotidien clinique, mais aussi au niveau macro en ce qui concerne les conditions-cadres politiques et les systèmes d'incitation. Les facteurs de réussite pour la mise en œuvre du concept de VBHC et de ses éléments clés, en particulier la mesure et l'utilisation des résultats rapportés par les patients, font l'objet de différentes comparaisons internationales (Teisberg 2008, Reich 2012, Davis 2019, Huber 2020, Katz 2020, Blozik 2022, Farcher 2024). Que faut-il pour que le concept de VBHC puisse être étendu à partir des premiers pilotes en Suisse et, lorsque cela s'avère judicieux, pour qu'il puisse être systématiquement mis en œuvre ? Quels catalyseurs peuvent être utilisés et quels obstacles doivent être surmontés ?

3. S'ouvrir – Champs d'action vers un système de santé fondé sur la valeur

En raison d'une discussion incessante sur les coûts et des accusations mutuelles des parties prenantes du système de santé, il est impératif d'agir immédiatement. Compte tenu des défis à venir, nous voulons saisir l'occasion de transformer pour l'avenir le système de santé suisse, qui est (encore) très bon à l'échelle mondiale. Il convient de développer une stratégie en collaboration avec les patient·e·s, les prestataires de soins de santé, les assureurs, l'industrie pharmaceutique et médicale et le monde politique. Le dialogue ouvert de l'atelier « Financing High-Value Care » exige une adaptation à la Suisse de la théorie de la médecine fondée sur la valeur et de l'expérience internationale. L'objectif est de définir des recommandations d'action concrètes pour les décideur·euse·s afin de diffuser avec succès le concept de VBHC dans le système de santé suisse. Sept champs d'action ont été définis comme essentiels :

Champ d'action no. 1 :

définir la qualité et mesurer de manière cohérente le bénéfice pour les patients

Champ d'action no. 2 :

partager et exploiter les données afin de créer de la « valeur »

Champ d'action no. 3 :

impliquer les patient·e·s et renforcer leurs prérogatives

Champ d'action no. 4 :

supprimer les silos au profit de partenariats et de réseaux

Champ d'action no. 5 :

acquérir de l'expérience, partager les connaissances et apprendre des bonnes pratiques

Champ d'action no. 6 :

créer de nouvelles structures incitatives – encourager et rémunérer la qualité

Champ d'action no. 7 :

développer la VBHC et l'étendre aux besoins des spécialistes de la médecine

Les champs d'action sont présentés ci-dessous, le statu quo est également esquissé et les recommandations d'action qui en découlent sont mises en avant. Les premiers enseignements et expériences sont présentés en annexe accompagnés d'exemples concrets.

3.1 Définir la qualité et mesurer de manière cohérente le bénéfice pour les patients

Statu quo et évolutions actuelles

- Les rapports existants sur la qualité sont peu pertinents pour les patient-e-s et ne permettent pas de différencier clairement la qualité des processus, de celle de la structure et des résultats.
- Lorsqu'elles sont disponibles, les données indiquent une variance anormalement élevée de la qualité des résultats.
- Les PROM (Patient Reported Outcome Measures) sont de plus en plus mises en avant en tant qu'indicateurs essentiels de la médecine centrée sur les patient-e-s, mais il s'agit jusqu'à présent, en général, de paramètres dont le recueil n'est pas obligatoire.
- De nombreuses PROM sont difficilement réalisables dans la pratique clinique quotidienne en raison de leur longueur.

L'objectif d'un système de santé est d'améliorer ou de maintenir la santé des personnes. L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO 2020). Les données disponibles permettent difficilement de dire si cet objectif est actuellement bien atteint avec les ressources mises en œuvre en Suisse. Les indicateurs de qualité des soins de santé utilisés se concentrent sur des aspects tels que les caractéristiques structurelles et de processus, les coûts ou des paramètres cliniques généraux tels que les taux de complication et de survie. Cependant, il manque des données qui reflètent le point de vue de celles et ceux qui bénéficient des prestations préventives et curatives des soins de santé : les patient-e-s.

Il convient de souligner que les PROM (Steinbeck 2021) gagnent en importance dans ce contexte pour la prise en compte systématique du point de vue des patient-e-s et au niveau de la politique de santé : les PROM et les enquêtes correspondantes sur l'expérience des patients (PREM) figurent à plusieurs reprises dans les objectifs annuels de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ instituée par le Conseil fédéral (EQK 2024). Des possibilités de financement sont créées pour les projets dans lesquels les PROM et les PREM sont utilisées. En font notamment partie les appels d'offres de la CFQ lancés en 2023 et 2024 pour les projets nationaux de mise en œuvre des PROM (EQK 2023, EQK 2024).

Toutefois, au-delà du soutien aux projets pilotes, une promotion globale de la mise en œuvre des PROM et un engagement en faveur de leur utilisation en tant que point de données essentiel pour l'évaluation globale de la qualité des soins font encore défaut. Malgré de bonnes preuves de leur utilisation dans des domaines tels que l'orthopédie (Gagnier 2017, Wilson 2019) et l'oncologie (Li 2023), les PROM restent dans une large mesure des paramètres relevés en option. Tandis que les directions cantonales de la santé, les sociétés spécialisées ou les groupes de cliniques constituent les premiers éléments importants pour étendre la mise en œuvre des PROM au-delà des projets pilotes, l'introduction de normes et la mise à disposition de l'infrastructure nécessaire à une application dans toute la Suisse ne peuvent être assurées que par une instance supérieure. Les PROM devraient être utilisées en premier lieu dans le cadre de la prise en charge. Les instruments choisis doivent être réellement pertinents pour les patient-e-s, pouvoir faire l'objet d'une collecte entraînant le moins de travail supplémentaire possible pour le personnel clinique et les patient-e-s et guider l'action dans le processus de soins. Toutefois, au niveau des systèmes, leur plein potentiel d'application ne peut être atteint qu'en standardisant les instruments et les processus. La création d'un comité d'expertise réunissant des parties prenantes de tous les secteurs et élaborant des lignes directrices pour la mise en œuvre constituerait une impulsion décisive.

Conclusions et recommandations

- Soutenir les projets de PROM existants et les initiatives ascendantes.
- Mettre en place et entretenir des réseaux/forums pour un échange continu de connaissances sur les projets en cours.
- Utiliser les ressources et les ensembles de normes existants sur la base des quatre principes centraux (pertinence pour les patient-e-s, praticabilité clinique, intégration dans le processus de soins et pertinence de l'action pour le processus de soins).
- Créer un comité d'expertise réunissant des parties prenantes issues de différents domaines afin de cerner, sur la base des recherches actuelles et de l'expérience internationale, les domaines prioritaires pour une mise en œuvre complète des PROM, et de définir des normes et des processus.
- Exiger et encourager la mesure des résultats.

3.2 Partager et exploiter les données afin de créer de la valeur (« Value ») pour les patient-e-s

Statu quo et évolutions actuelles

- Le dossier électronique du patient commun à toute la Suisse ainsi que l'infrastructure informatique interdisciplinaire et intersectorielle sont encore trop peu utilisés; les données sont réparties entre différentes parties impliquées dans le processus de traitement.
- L'accent mis sur la protection des données complique leur utilisation pour le bien des patient-e-s et du système.

Le concept de VBHC implique des soins de santé fondés sur les données. Le diagnostic, la décision et la planification thérapeutiques communes devraient s'appuyer sur des données de soins. La mesure numérique des résultats (PROM) sert de base à l'amélioration individuelle de la qualité des soins pour les patient-e-s et les groupes de patient-e-s, dans l'ensemble de l'organisation et du système. À cette fin, les données doivent être disponibles en temps réel, être d'une qualité suffisante, et être préparées pour être utilisées dans les soins cliniques. **Ces conditions ne sont pas remplies actuellement et les données sur les différents fournisseurs de prestations impliqués dans le processus de traitement ne sont pas centralisées, de sorte qu'un examen global est difficile.** Cela s'explique, d'une part, par un manque d'équipement informatique et, d'autre part, par une forte attention portée à la protection des données. La protection légitime et nécessaire des données à caractère personnel sensibles ne devrait pas empêcher une utilisation des données au sens de la VBHC. Il s'agit de trouver un équilibre.

Conclusions et recommandations

Les discussions ont permis d'identifier des principes pour une transformation numérique réussie au sens du concept de la VBHC à l'échelle du système :

- **Prise en compte de la logique de la VBHC dans le développement et la mise en place d'une infrastructure numérique :** il faut développer une stratégie de numérisation axée sur le modèle de la VBHC. Elle devrait tenir compte du contexte suisse et insister sur la nécessité de démanteler les silos de données et d'assurer l'interopérabilité des données et des systèmes. L'une des principales propositions de l'atelier a été l'introduction d'un « identifiant » national pour les données de santé, similaire au numéro AVS. Un tel système faciliterait l'échange de données tout en veillant à ce que les données soient correctement classées. Il a également été souligné qu'un dossier électronique du patient (DEP) fonction-

nel est essentiel pour une collecte cohérente et pertinente des données. Un transfert des résultats des PROM devrait avoir lieu.

- **Concilier protection et utilisation des données** : il convient de trouver un compromis pragmatique et innovant entre la protection et l'utilisation des données. Des possibilités de don de données devraient être créées. Les « privacy enhancing technologies¹ », qui s'appuient sur l'intelligence artificielle, pourraient constituer une solution pour une utilisation plus efficace des données au niveau du système.
- **Impliquer activement les patient-e-s (voir également le champ d'action 3.3)** : la souveraineté sur les données devrait revenir aux patient-e-s. Pour que les données puissent être utilisées dans l'intérêt de chacun et de la société, il faut toutefois promouvoir la compétence en matière de santé et de données. Les patient-e-s par exemple, pour qui les avantages d'un dossier électronique du patient sont compréhensibles et tangibles, utiliseront davantage ces données et seront plus enclins à les partager avec d'autres acteurs du secteur de la santé.
- **Promotion de la collaboration interdisciplinaire** : un forum structuré devrait être créé au sein de l'organisation et entre les spécialistes de l'informatique et de la santé afin d'améliorer la fonctionnalité des solutions numériques pour les flux de travail VBHC tout en renforçant la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.

3.3 Impliquer les patient-e-s et renforcer leurs prérogatives

Statu quo et évolutions actuelles

- Manque d'implication des patient-e-s dans l'élaboration des politiques et des questionnaires relatifs aux PROM au niveau national et dans les organisations.
- Manque d'implication au niveau politique lorsqu'il s'agit de la transformation du système de santé (par exemple dans le cas du passage au numérique).

Des soins de santé au sens de l'approche de la VBHC modifient les rôles et les responsabilités des acteurs, en particulier ceux des patient-e-s, qui assument davantage de responsabilités concernant leur propre santé. Les patient-e-s, doivent être en mesure de prendre activement des décisions de éclairées, les prestataires de soins mettant en contexte les données pertinentes et les accompagnant à titre consultatif. Cette approche nécessite des informations fiables et compréhensibles et une capacité des patient-e-s, à utiliser les informations de santé et les technologies numériques. La promotion de ces compétences en matière de santé est une mission centrale de tous les acteurs.

Les patient-e-s et les assuré-e-s devraient également jouer un rôle actif dans le passage à un système de santé fondé sur l'utilité, qu'il s'agisse de la sélection des PROM, de l'adaptation des processus de traitement ou encore de thèmes tels que la transformation numérique au niveau du système.

¹ Les Privacy Enhancing Technologies (PET), en français les technologies de protection de la vie privée, sont des solutions logicielles et matérielles qui comprennent des processus techniques, des méthodes ou des connaissances qui contribuent à la protection de la vie privée ou à la protection des données d'une personne ou d'un groupe de personnes physiques. Ces technologies permettent le partage de données dans le respect de la vie privée, par exemple en réduisant au minimum les données traitées ou en garantissant, grâce à la pseudonymisation, qu'il n'est plus possible de remonter jusqu'à l'utilisateur (Ziebolz 2022).

En Suisse, on met de plus en plus l'accent sur l'implication accrue des patient-e-s dans les processus décisionnels. Différents acteurs s'efforcent d'intégrer systématiquement la perspective des patients (EQK 2023). Certains hôpitaux ont ainsi mis en place des conseils de patients au sein desquels les patient-e-s et leurs proches se réunissent pour partager leurs expériences et proposer des améliorations dans des domaines tels que l'information aux patients, la communication et la conception des processus. Le Conseil consultatif des patients de l'Hôpital universitaire de Zurich, qui participe activement au développement de normes de qualité (USZ 2023), en est un exemple. Des premiers programmes instruisent les patient-e-s de manière ciblée et les forment à devenir des « Patient Experts » afin de pouvoir mieux intégrer leurs expériences et leurs perspectives dans les discussions avec les spécialistes de la médecine et contribuer à l'élaboration des soins (Patientenstelle Zürich 2024). Certaines sociétés spécialisées, comme la Société suisse d'oncologie médicale (SSOM), exigent et encouragent l'utilisation de PROM qui soutiennent l'intégration de la perspective du patient au niveau individuel et au niveau du système.

Malgré ces avancées importantes, la Suisse se trouve dans une phase de développement riche en défis. Des obstacles structurels, une transparence limitée et l'absence d'approches standardisées pour l'implication des patientes et patients freinent la mise en œuvre globale. Les conditions-cadres légales qui pourraient renforcer systématiquement la participation font également défaut jusqu'à présent. Des efforts particuliers devraient également être consentis pour associer celles et ceux qui n'ont actuellement pas un accès suffisant aux soins et pour développer de nouveaux modèles de soins qui soient efficaces pour tous les groupes de la population.

Conclusions et recommandations

- Proposer plus d'offres de formation continue en tant que « Patient Expert » (service des patients de Zurich 2024) et des activités locales et régionales.
- Renforcer les compétences en matière de santé dans tous les groupes de population par des connaissances, de la motivation et des compétences d'action.
- Promouvoir les compétences numériques en matière de santé, et rendre les possibilités et les limites des technologies compréhensibles.
- Impliquer les patient-e-s (ou Patient Experts) à tous les niveaux : dans les comités, la politique et des activités telles que la numérisation et la transformation du système de santé.

3.4 Supprimer les silos au profit de partenariats et de réseaux

Statu quo et évolutions actuelles

- Au niveau global, il n'y a pas assez de dialogue entre les parties prenantes du système de santé, et les interactions sont marquées par les intérêts particuliers et la méfiance.
- Des intérêts contradictoires favorisent la pérennité des « silos », qui compliquent l'échange d'informations et la collaboration interdisciplinaire.

La VBHC demande une collaboration entre toutes les parties prenantes qui doivent agir comme des partenaires. Cela nécessite des échanges intensifs et une confiance mutuelle. Le débat actuel au sujet des facteurs de coûts dans le système de santé suisse favorise le contraire. Certes, il existe de plus en plus de forums d'échange multipartite et de premiers partenariats entre les assureurs, les fournisseurs de prestations et l'industrie pour la mise en

œuvre des projets de la VBHC, mais le dialogue reste insuffisant au niveau des systèmes et les interactions sont marquées par la méfiance et des intérêts apparemment contradictoires. Toutes les parties prenantes ont toutefois un objectif commun : les fournisseurs de prestations, les assureurs et l'industrie veulent apporter une plus-value aux patient·e·s et aux assuré·e·s, et être rémunérés pour celle-ci. Des conflits potentiels apparaissent parfois au niveau de la rémunération et des aspects auxquels celle-ci est liée. Le fait de se concentrer sur des intérêts contradictoires favorise la pérennité de ce que l'on appelle les « silos ».

Les « silos de données » qui empêchent le flux de données et leur utilisation partagée en sont un bon exemple. Les « silos de traitement » ont également un impact sur les soins de santé proposés aux patient·e·s : les plans de traitement structurés n'existent que pour un petit nombre de maladies. Le parcours des patient·e·s atteints de maladies complexes ressemble plutôt à un « ping-pong » entre différents prestataires et spécialités. Un mauvais échange d'informations entre les différentes parties impliquées dans le traitement conduit à des diagnostics inutiles et à une augmentation des coûts. Il a un impact négatif sur la qualité du traitement.

Conclusions et recommandations

- Se focaliser sur l'objectif commun d'améliorer l'utilité pour les patient·e·s.
- Assurer une meilleure disposition à l'égard des projets ascendants afin d'acquérir de l'expérience dans la collaboration avec différentes parties prenantes et de renforcer la confiance.
- Approches descendantes pour promouvoir le travail interdisciplinaire au-delà des frontières sectorielles – les leviers décisifs sont une infrastructure informatique fonctionnelle et des mécanismes d'incitation innovants.

3.5 Acquérir de l'expérience, partager les connaissances et apprendre des bonnes pratiques

Statu quo et évolutions actuelles

- Les expériences positives et les enseignements tirés des projets ne sont partagés que de manière limitée.
- Peu de volonté de se comparer aux autres, de se développer de manière itérative et d'apprendre des précurseurs.
- La durabilité des projets est limitée lorsque ce qui en fait le succès n'a pas été clairement défini, lorsqu'il n'y a pas de soutien institutionnel ou financier à long terme ou qu'un développement ultérieur n'a pas été suffisamment planifié.

Dans le monde entier, des organisations se sont fixé pour objectif de diffuser l'approche de la VBHC. Il convient de souligner, par exemple que l'International Consortium for Outcome Measurement (ICHOM) s'engage en faveur d'une standardisation de la mesure des résultats à travers les pays et les continents et encourage les échanges internationaux via des congrès annuels. Des organisations nationales telles que VBHC Suisse offrent également un forum pour l'échange de connaissances et la constitution de réseaux. Des exemples de bonnes pratiques tels que la clinique Martini, qui met en œuvre avec succès des éléments clés de l'approche de la VBHC, ou le système de santé néerlandais au niveau national (initiative Linnean) ont parfois un effet qui rayonne au niveau mondial et montrent que la VBHC fonctionne, même si ce n'est pas facile.

En Suisse, on trouve déjà quelques exemples de mise en œuvre réussie d'éléments clés de l'approche de la VBHC, notamment l'utilisation des PROM et PREM en lien avec la qualité et les patients (certains exemples sont mis en évidence en annexe).

Conclusions et recommandations

- Mettre à l'échelle de la formation dans les compétences de transformation : le manque de connaissances concernant ce qui doit être mesuré et comment affecte tous les aspects de la transformation du système de santé. Les programmes de formation sur la VBHC devraient être davantage axés sur la mise en œuvre que sur la théorie^{1, 2}.
- Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue – tant pour les projets ascendants que pour les approches descendantes, il existe déjà des exemples et des expériences dont de nouvelles initiatives peuvent bénéficier.
- Une solution efficace au problème des projets pilotes isolés consiste à mettre en œuvre plusieurs projets pilotes sur des sites différents et portant sur les mêmes problèmes (certains exemples sont mis en évidence en annexe).
- Les projets pilotes conjoints sont souvent plus efficaces pour garantir un soutien financier institutionnel et durable.
- Les connaissances disponibles dans les réseaux et les forums devraient être regroupées. Les initiatives telles que VBHC Suisse devraient être étendues et davantage encouragées par les politiques.

3.6 Créer de nouvelles structures incitatives – encourager et rémunérer la qualité

Statu quo et évolutions actuelles

- Les fondements légaux tels que les art 58³ et 77⁴ de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) permettent d'expérimenter diverses formes de remboursement qui tiennent explicitement compte de la qualité. Jusqu'à présent, ces options sont toutefois peu utilisées.
- Le manque de soutien financier en dehors des projets pilotes scientifiques, limités dans le temps, peut menacer la durabilité des projets dans le domaine de la VBHC.

Les structures financières et juridiques ont une forte influence sur le comportement des acteurs du secteur de la santé. Les incitations monétaires et non monétaires peuvent influencer sur la qualité et la quantité des prestations fournies, avoir un impact sur l'accès aux prestations de soins, et stimuler ou freiner (Chang 2009, Moscelli 2024) l'innovation. Les incitations financières sont considérées comme un puissant levier pour influencer les comportements et elles sont souvent au centre du débat politique. Les domaines avec des remboursements élevés affichent par exemple une tendance à l'excédent de soins (FMH 2013).

La VBHC n'est pas encore intégrée aux soins de routine, en particulier lorsqu'il s'agit de considérer les deux côtés de l'équation de valeur (value equation) mentionnée précédemment. En

¹ Cours intensif au sujet de la Value-based Healthcare de l'Université technique de Berlin 2025.

www.tu.berlin/mig/studium/lehrangebot/lehrangebot-fuer-master-studierende/value-based-healthcare-vbhc

² ICHOM Certified Value-Based Health Care Professional Program. <https://www.ichom.org/education/>

³ Art. 58 Développement de la qualité

Le Conseil fédéral fixe tous les quatre ans les objectifs en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (développement de la qualité), après consultation des organisations intéressées. Il peut les adapter en cours de période si les bases qui ont servi à les fixer ont considérablement changé.

⁴ Art. 77 Primes de l'assurance collective

Dans l'assurance collective, les assureurs peuvent prévoir des primes qui diffèrent de celles de l'assurance individuelle. Leurs montants doivent être fixés de manière à ce que l'assurance collective soit au moins autonome.

ce qui concerne les structures d'incitation existantes, elles évoluent peu vers un système axé sur l'utilité. Il existe des fondements légaux, tels que l'art. 58 (cf. ci-avant), qui laisse les cantons et les partenaires tarifaires libres de mettre en œuvre des projets pilotes innovants visant à réduire les coûts et à améliorer la qualité dans le système de santé. Ils permettent d'expérimenter de nouvelles formes de rémunération qui tiennent explicitement compte de la qualité et incitent à l'améliorer. Jusqu'à présent, ces options sont toutefois peu utilisées, p. ex. dans le cadre de l'initiative d'autonomisation des patients (PwC 2021). En outre, de nombreuses initiatives de VBHC en Suisse sont actuellement limitées à des institutions individuelles ou à des projets limités dans le temps, ou encore elles font partie de projets de recherche et sont financées par des fonds tiers ou par les acteurs impliqués. Cela pourrait compromettre leur durabilité à long terme. Si la mise en œuvre de l'approche de la VBHC reste limitée à certaines institutions et à certains cantons, le paysage en formation risque en outre de se fragmenter. Au lieu de cela, ces initiatives et projets pilotes devraient servir de points de cristallisation primordiaux pour la mise en œuvre régionale ou nationale de la VBHC ou des approches qui en sont dérivées.

Afin d'exploiter le potentiel d'amélioration pour l'individu et la communauté solidaire qui résulterait d'une mise en œuvre renforcée de la VBHC, un large soutien politique et une adaptation des conditions-cadres sont nécessaires. Cela inclut également la création de nouvelles structures d'incitation et des investissements dans une nouvelle infrastructure, qui est d'ailleurs un thème central de l'atelier « Financing High Value Care ».

Conclusions et recommandations

- **Investissement commun dans la mesure de la qualité des résultats :** les investissements dans la saisie et l'évaluation des données axées sur les avantages sont actuellement une prestation de base des prestataires. La saisie systématiquement standardisée – et si possible automatisée – des données de routine documentées concernant la qualité du traitement est complétée dans l'approche de la VBHC par la mesure des résultats du point de vue des patient-e-s (PROM). À l'avenir, cette dimension centrale devrait faire partie intégrante des structures tarifaires (Value-based Pricing/Reimbursement) en plus de la qualité des structures et des processus, après avoir été validée et ajustée au risque. Les coûts liés au développement et à la mise en œuvre de ces modèles ne peuvent pas être supportés par les seuls prestataires. Ces coûts devraient être considérés comme une responsabilité commune et être répartis entre les acteurs du système de santé.
- **Nouveaux modèles de rémunération liés à la qualité :** dans le cadre d'un système axé sur l'utilité, la rémunération doit être proportionnelle à la qualité. Le respect, voire le dépassement, des normes de qualité convenues entre les partenaires tarifaires se répercute positivement sur les tarifs et incite les prestataires à fournir des prestations de grande qualité axées sur le patient. Une qualité inférieure devrait être sanctionnée par des rémunérations plus faibles ou ne devrait pas être encouragée davantage par des modèles fondés sur le volume comme c'est le cas de ceux qui sont actuellement en vigueur.
- **« Paiements groupés » ou « modèles de capitalisation » dans le contexte de la VBHC :** les forfaits de prestations (bundles) – mis en œuvre correctement avec un calcul des coûts précis, des mesures de résultats, une séparation claire entre risques liés aux prestations et risques d'assurance, ainsi que des bonus attrayants pour la qualité fournie – offrent une incitation naturelle à dépasser les frontières sectorielles et à proposer précisément les solutions les plus utiles pour les patient-e-s (in Deerberg-Wittram 2023). Différentes approches peuvent être combinées pour renforcer les incitations ou éviter les effets secondaires négatifs. Un exemple d'un modèle de rémunération fondé sur la « capitation » en Suisse est décrit en annexe (fiche Réseau de l'Arc).
- **Réorientation des acteurs dans le système :** les assureurs et l'industrie doivent jouer un rôle actif en tant que promoteurs d'approches de soins fondées sur les avantages afin de permettre aux prestataires de se concentrer davantage sur les innovations visant à améliorer la qualité.

3.7 Développer la VBHC et l'étendre aux valeurs des spécialistes de la médecine

Statu quo et évolutions actuelles

- L'approche de la VBHC développée en 2006 a été complétée par de nouveaux besoins afin de mieux intégrer le changement culturel et le facteur « humain ».
- Outre l'augmentation des dépenses de santé, une pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée menace également la durabilité et la qualité dans le système de santé.
- Les incitations en faveur d'un volume de prestations élevé renforcent la pression sur le personnel médical et les mesures d'économie planifiées risquent de l'accroître encore.

Le sujet des coûts dans le système de santé gagne également en importance en Suisse et les « questions relatives à la santé/à la caisse-maladie/aux primes » occupaient la première place du « baromètre des préoccupations UBS 2024 » (UBS 2025), avant même les conséquences des changements climatiques. Toutefois, d'autres préoccupations telles que la pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée sont de plus en plus perceptibles (Chang 2009, Peter 2021, Moscelli 2024). Les raisons de la réorientation professionnelle du personnel soignant et des médecins sont étroitement liées à la pression croissante de la performance : la charge administrative élevée, le manque de temps à consacrer aux patient-e-s et la forte pression sur les coûts contribuent largement à l'apparition d'un burn-out chez le personnel médical. Une transformation réussie doit tenir compte de cette problématique, car elle dépend de la participation active des professionnels.

Tandis que l'approche de la VBHC selon Porter et Teisberg s'attaque principalement à la problématique de la qualité et des coûts, sa conception a été élargie dans les publications actuelles. Ainsi, van der Nat et al. ont complété les six éléments clés initiaux par quatre autres (fig. 4). L'accent est mis ici sur le « facteur humain ». La mise en œuvre réussie de la VBHC nécessite une culture d'apprentissage, des plateformes d'apprentissage et d'échange correspondantes pour le personnel médical, ainsi qu'une intégration dans le quotidien médical (p. ex. dans la communication et la prise de décision commune) qui rend la VBHC perceptible et montre la plus-value générée pour les patient-e-s et les thérapeutes. Les thérapeutes qui utilisent les PROM dans leur approche du traitement, par exemple dans le cadre de la prise de décision conjointe, font état non seulement d'une expérience différente de leur activité, mais aussi d'un gain d'efficacité. Grâce à de nouvelles connaissances sur les besoins de leurs patient-e-s, ils peuvent cibler davantage les entretiens et les mesures. Une transformation au sens de l'approche de la VBHC recèle un fort potentiel d'amélioration des conditions de travail pour les spécialistes de la médecine en mettant l'accent sur le « mieux » plutôt que sur le « plus ». L'augmentation de l'utilité pour les patients plutôt que celle du nombre de traitements fournis est conforme à la motivation intrinsèque des thérapeutes à garantir les meilleurs soins possibles à leurs patient-e-s.

Les mesures ont permis de faire avancer les interventions visant à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. Les indicateurs d'expérience et de résultats rapportés par les patients, appelés « Patient Reported Experience Measures » (PREM), et les PROM fournissent des informations essentielles. De même, les mesures peuvent renforcer notre compréhension des défis auxquels les spécialistes de la médecine font face, ainsi que des contre-mesures correspondantes. Les « mesures d'expérience rapportées par le personnel » (staff-reported experience measures, SREM) et les « mesures de résultats rapportées par le personnel » (staff-reported outcome measures, SROM) (McDermott 2023) peuvent être des instruments qui permettent de hiérarchiser, de mesurer et d'affiner de manière plus ciblée les interventions visant à améliorer la fidélisation du personnel et les expériences et résultats du personnel, et ainsi de mettre en œuvre ces interventions avec plus de cohérence et de succès.

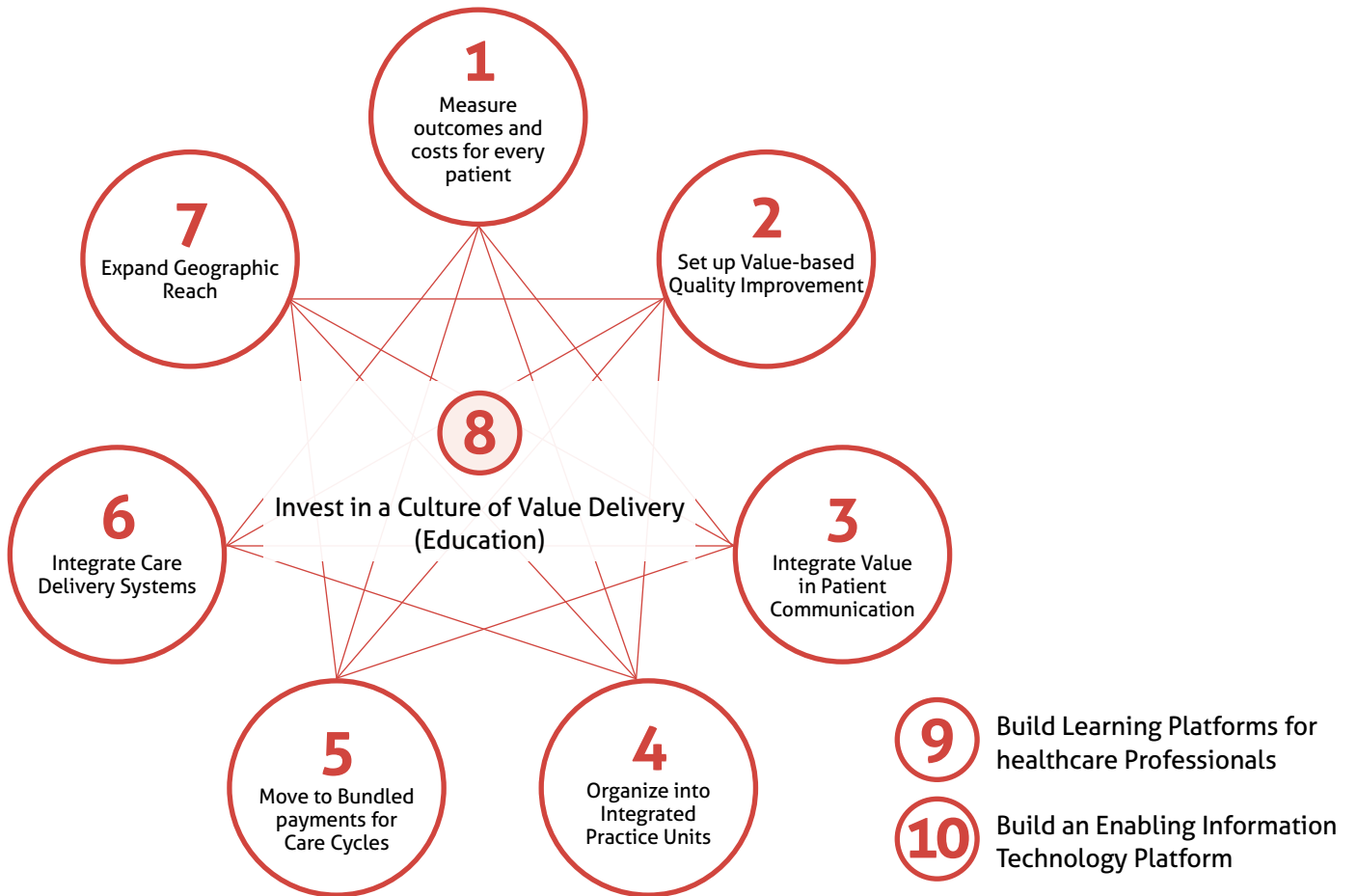
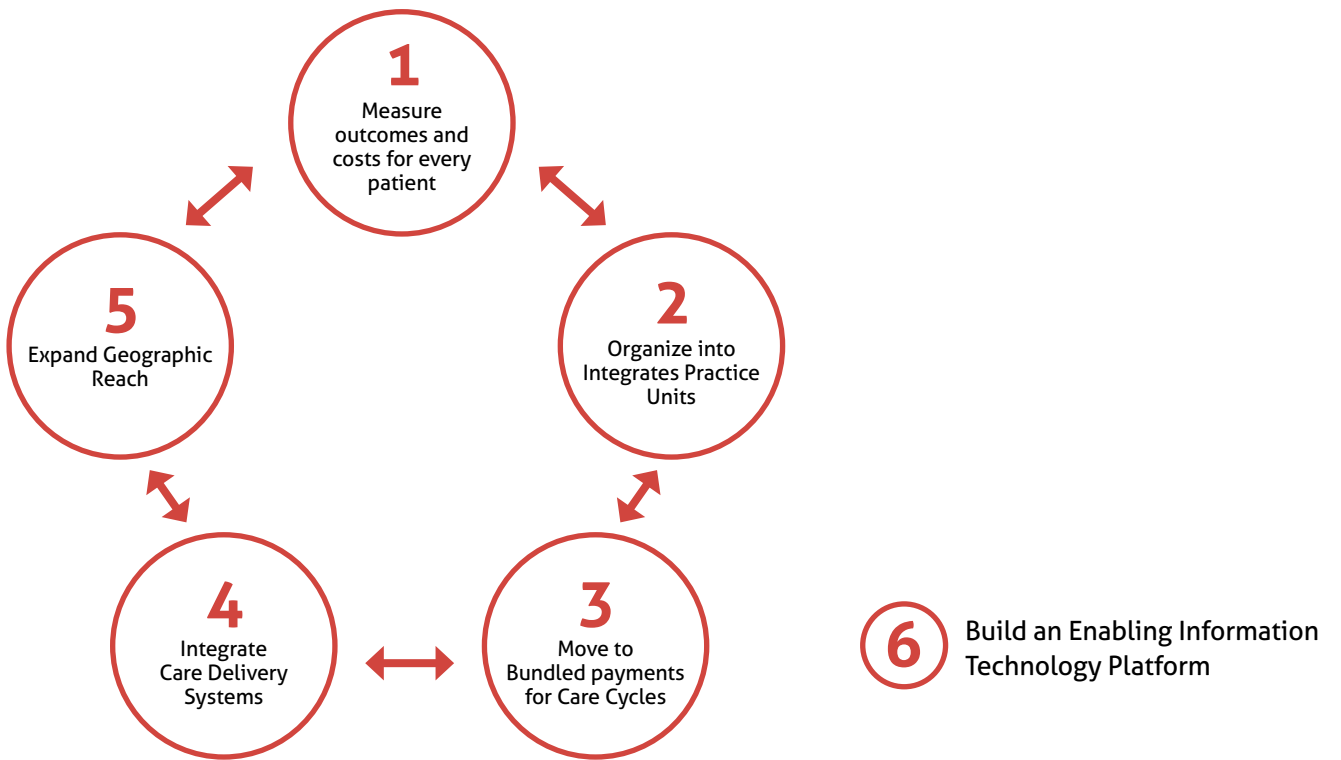


Fig. 4 : En haut : « Value agenda » n. Porter (2006); en bas : éléments clés n. van der Nat (2022), aimable autorisation

Conclusions et recommandations

- L'approche de la VBHC peut et doit être adaptée aux conditions locales et aux problématiques spécifiques, sans pour autant négliger l'idée fondamentale de l'utilité pour le patient.
- Outre l'augmentation des dépenses de santé, la pénurie croissante de main-d'œuvre qualifiée menace également la durabilité et la qualité dans le système de santé. Il convient d'en tenir compte dans le processus de transformation, d'impliquer le personnel médical dès le départ et de démontrer la valeur ajoutée de la VBHC pour les patient-e-s mais aussi pour le personnel soignant. Ainsi, lors de la mise en œuvre de la VBHC, il s'agit d'identifier des « Clinical champions », c'est-à-dire des spécialistes de la médecine convaincus par l'approche de la VBHC et jouissant d'une réputation au sein de leur collègue, leur permette de faire avancer les processus de transformation dans l'environnement clinique. Dans le même temps, il faut s'intéresser à la mise en œuvre des éléments de la VBHC (comme la charge administrative liée à la saisie des PROM), pour lesquels des solutions communes doivent être trouvées.
- L'utilisation de SREM et de SROM afin d'obtenir des informations fondées et spécifiques sur les expériences et les besoins du personnel peut contribuer à l'amélioration ciblée des conditions de travail et donc indirectement au maintien de la qualité des soins.

4. Conclusion

Le système de santé suisse fait face à des défis qui nécessitent un changement de mentalité collectif, un remaniement culturel, et une véritable transformation. L'approche de la Value-Based Healthcare (VBHC) offre une voie claire à cet égard : en se concentrant sur l'utilité pour les patients, il est possible de surmonter les incitations inopportunes, la fragmentation et les inefficacités dans les soins de santé, et ainsi améliorer la qualité des soins.

Des expertes et experts de tous les domaines du système de santé se sont donc prononcés en faveur d'un système qui se détache des structures d'incitation existantes et qui se concentre sur la valeur ajoutée pour les patient-e-s.

Pour y parvenir, sept champs d'action ont été définis :

- Mesure systématique de l'utilité pour les patients
- Utilisation efficace et partagée des données
- Implication active des patient-e-s à tous les niveaux de décision
- Déconstruction des silos au profit des réseaux
- Échange d'expériences et de bonnes pratiques
- Mise en place de nouveaux systèmes d'incitation pour promouvoir la qualité
- Développement de l'approche de la VBHC

Leur mise en œuvre requiert non seulement l'engagement de toutes les parties prenantes, mais aussi des adaptations législatives et une coopération renforcée. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible de mettre en place un système de santé qui utilise efficacement les ressources disponibles et qui contribue à la qualité et à la durabilité des soins à long terme.

5. Annexe

Annexe 1 : Facteurs de réussite pour la mise en œuvre de la VBHC

Les facteurs de réussite pour la mise en œuvre réussie du concept de la VBHC et de ses éléments clés, en particulier la mesure et l'utilisation des résultats rapportés par les patients, font l'objet de différentes comparaisons internationales (Katz 2020, Steinbeck 2021).

La matrice de mise en œuvre développée par Katz et al., qui illustre les principaux éléments et activités (fig. 5), est un exemple d'implémentation de la VBHC dans certaines institutions, mais aussi au niveau national. Au cœur de la matrice se trouve la **sélection d'un groupe de patient-e-s ou d'une indication** pour laquelle une solution de soins axée sur l'utilité doit être créée. La matrice comprend **cinq blocs d'activités** complémentaires: la **mesure et la comparaison des résultats et des ressources qui y sont consacrées**, la **rémunération et l'incitation à offrir une qualité exceptionnelle**, l'**amélioration continue grâce à des cycles d'apprentissage** et la **collaboration avec des partenaires** au sein de sa propre organisation, mais aussi au-delà des silos établis. Les **éléments clés ayant une fonction de catalyseur** sont les solutions numériques qui permettent de collecter et d'utiliser des données.

Lorsqu'elle est appliquée de manière ciblée, la **numérisation** est un puissant moteur de changements dans le système de santé. Elle fournit les outils et les plateformes permettant de saisir, d'analyser et de partager des données en temps réel. Dans un modèle de VBHC, des outils numériques peuvent contribuer à mesurer la valeur des soins, à échanger les bonnes pratiques et à soutenir des cycles d'amélioration continue. Le passage de structures d'incitation existantes à des **modèles de rémunération alternatifs** est également abordé dans la matrice comme faisant partie des neuf éléments centraux. Il tient aussi compte d'exemples internationaux des effets observés.

Le changement de système visé ne peut réussir qu'avec la participation de tous les acteurs du système de santé. Il nécessite une réflexion approfondie et des adaptations de la culture, des structures et des processus. Des partenariats fondés sur la confiance entre différents acteurs au-delà des frontières sectorielles et des silos sont essentiels, en particulier pendant les périodes de transition. Le cadre élaboré par S. Ernst et V. Steinbeck pour la mise en œuvre des PROM au niveau national tient compte de cet aspect : la dimension « Culture & Stakeholder Involvement » constitue un pont essentiel qui relie d'autres éléments du cadre.

Annexe 2 : Exemples de modèles de soins fondés sur la valeur en Suisse

Les projets actuels de modèles de facturation et de soins fondés sur la valeur et les approches spécifiques à la maladie pour représenter le concept de la VBHC en tant qu'idée d'avenir démontrent la nécessité d'agir pour garantir la qualité et la viabilité économique. Par ailleurs,

cette viabilité économique doit s'inscrire dans le cadre de la concurrence fédérale avec la participation des prestataires, des assureurs, de l'industrie pharmaceutique/de technologie médicale et des cantons, dans le but d'influer positivement sur les coûts et sur la qualité en se concentrant autant que possible sur les patients.

5.1 Responsabilisation des patients et rémunération en fonction de la valeur pour les patients

L'intégration de la qualité de vie mesurée à l'aide des PROM du point de vue des patient-e-s, ajustée selon le risque, combinée à des indicateurs de qualité collectés régulièrement tels que les taux de réhospitalisation et d'infection, ainsi qu'à de nouveaux systèmes de tarification est au cœur de ces projets auxquels participent des prestataires et des assureurs pour les prothèses de la hanche et du genou. L'objectif est d'amorcer une transition entre l'ancien système DRG uniquement axé sur le volume et une logique tarifaire fondée sur la valeur. Si les prestataires sont récompensés par une qualité de processus et de vie pour les patient-e-s supérieure à la moyenne, des économies de coûts devraient être possibles au niveau du système de santé en évitant les soins inadaptés (qualité des indications et du traitement).

La « Patient Empowerment Initiative » (initiative de responsabilisation des patients), dirigée par PwC Suisse, vise à développer un taux de base dynamique pour les assuré-e-s AOS de la CSS et de la SWICA avec la collaboration de l'Hôpital universitaire de Bâle et de l'hôpital cantonal de Winterthur. La faisabilité dans le cadre de la législation existante, sans recours à l'article expérimental, repose sur une expertise juridique et est évaluée positivement par le canton de Bâle-Ville. La prothèse articulaire de la hanche est le point de départ du projet pilote «Pay 4 Performance» lancé par le Groupe Mutuel en coopération avec l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital la Tour (Meyrin), avec le soutien scientifique du centre de compétences pour la science des données de santé de l'Université de Lucerne. Après une phase de test avec des données réelles, les données PROM et la qualité clinique doivent être intégrées à la routine de facturation fondée sur la valeur pour cette indication et d'autres.

5.2 Value-based Healthcare au Lungentumorzentrum USB/Roche

La mise en œuvre d'éléments essentiels du concept de la VBHC dans la routine clinique d'une maladie donnée avec la collecte, la représentation et l'analyse des données utilisées dans l'équation de valeur est au cœur de ce projet de coopération entre Roche Pharma (Suisse) SA et l'Hôpital universitaire de Bâle. Dans le cadre d'une approche exploratoire, les indicateurs de performance et de facturation ont été regroupés et évalués dans un concept de VBHC holistique, en commençant par la mise en œuvre technique des PROM et leur intégration aux différents parcours de traitement des cliniques participantes d'oncologie, de radio-oncologie et de chirurgie thoracique.

L'observation d'un « scénario du monde réel » est à la fois un objectif et un défi. La collecte et l'analyse des données issues de différents systèmes – dans le cadre de l'interopérabilité des données – afin de représenter l'équation de valeur est également un terrain inconnu pour l'European Center for Pharmaceutical Medicine (ECPM) de l'Université de Bâle qui traite des questions de recherche en tant que partenaire indépendant dans le respect de toutes les directives en matière de protection des données et d'éthique.

Comment intégrer la VBHC au quotidien clinique, et que faut-il pour convaincre les médecins, le personnel soignant et les patient-e-s que la charge de travail supplémentaire au début en



9. External collaborations

Refers to partnering with insurers, life science companies and health authorities.



8. Learning community

Relies on improvement cycles, training programmes and research projects.



2. Internal Forces

Consists of mobilising a core team, involving and making board support visible.



3. Scorecard

Defines processes, costs and outcome indicators while applying case-mix adjustment.



4. Data platform

Enables data capture, interface interactions, data analytics and access to data.



5. Benchmarks

Provide transparent outcome comparisons across providers.



7. Incentives

Create outcome-based payments and behavioural encouragements.



6. Investments

Involve human and financial resources mobilised for implementation.



Fig. 5: « Matrice de mise en œuvre » adaptée d'après Katz et al. (Katz 2020), aimable autorisation

vaut la peine ? Au cours du traitement, les décisions et le déroulement du traitement sont-ils influencés par une meilleure connaissance de la qualité de vie des patient-e-s en cas d'options de traitement variées ? Quels liens et conclusions peut-on tirer du triangle formé par les données cliniques, les données standardisées sur les résultats (PROM) et les données financières afin de rendre le « Financing High Value Care » possible en Suisse ? Des réponses à ces questions et à d'autres questions (de recherche) sont attendues au cours de l'année.

5.3 Des partenariats durables plutôt que des relations commerciales – le patient au cœur des accords de valeur

L'utilité d'un traitement du point de vue du patient constitue le point de départ des « Value Agreements » par lesquels Johnson & Johnson SA Suisse promeut les approches de la VBHC dans les soins cliniques et la rémunération. Les accords de partenariat qui définissent des objectifs communs fondés sur l'égalité des avantages doivent remplacer la relation commerciale transactionnelle classique. Le prestataire – en l'occurrence le prestataire de technologie médicale – est de plus en plus évalué et rémunéré en fonction de l'efficacité des nouvelles technologies et/ou de l'optimisation des processus du parcours de traitement. Ces deux leviers sont également évalués à l'aide de PROM du point de vue des patient-e-s. Un « Value Agreement » de valeur conclu entre Johnson & Johnson et une clinique suisse, prenant pour exemple le traitement interventionnel de la fibrillation auriculaire comprend également un « partage des risques cliniques ». Le prestataire Medtech soutient la mise en place des conditions techniques et des processus nécessaires à l'utilisation d'une technologie de cathéter innovante pour le traitement de cette arythmie cardiaque très fréquente par le prestataire de services grâce à une garantie de succès d'au moins 90%, ce qui est nettement supérieur au taux de réussite indiqué dans la littérature spécialisée. Une partie des frais de matériel liés aux réinterventions dépassant 10% par année civile est prise en charge dans le cadre d'une participation aux risques.

5.4 Réseau de l'Arc

Le projet modèle du Réseau de l'Arc poursuit une approche systémique des soins impliquant les prestataires, les assureurs et la gestion cantonale de la santé. L'objectif de ce réseau, dont l'idée de départ est inspirée du modèle américain Kaiser Permanente, est un modèle de soins piloté par le médecin de famille. Le modèle de santé holistique du Jura bernois a commencé à promouvoir le bien-être physique, mental et social des personnes dans le cadre d'un modèle de soins intégrés, en mettant l'accent sur des mesures préventives. La transformation fondamentale commence par le passage du système habituel de rémunération individuelle à une rémunération forfaitaire annuelle pour chaque membre du plan de soins proposé par l'assurance-maladie Visana. Les prestataires concernés ont donc un intérêt intrinsèque à promouvoir la santé de leurs membres. En cas de maladie, les incitations inopportunes potentielles liées à l'ancien système des forfaits par cas, qui encourageaient à facturer autant de prestations que possible, disparaissent, car les dépenses doivent être limitées dans le cadre du financement alloué. Le Réseau de l'Arc est financé par les centres de médecine de famille du Swiss Medical Network, par le canton de Berne et par Visana en tant qu'assureur. Les médecins de famille des centres de soins de base situés à proximité du domicile des patient-e-s font office de « navigateurs santé » principaux pour ces derniers dans le modèle de soins. En tant que « Care Manager », ils coordonnent toutes les mesures nécessaires pour maintenir ou rétablir la santé des membres. Outre les soins de base, cela inclut la réalisation ou l'organisation de tous les examens diagnostiques et techniques de laboratoire et, le cas échéant, l'orientation vers des soins ambulatoires ou hospitaliers.

6. Bibliographie

Blozik E, Farcher R, Graber SM, et al. (2022). Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: update of the SQUI-PRICA working group. *BMC Health Serv Res.* 22(1): 628. www.doi.org/10.1186/s12913-022-07893-8

Chang WY, Ma JC, Chiu HAT, et al. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *J Adv Nurs* 65(9): 1946-1955. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x>

Davis V, Andrews A. (2019). Measuring what matters to individuals and families using the Capability, Comfort, and Calm outcomes framework. 2^e Conférence Asie-Pacifique sur les soins intégrés. U. T. A. Value Institute For Health & Care, Austin, Texas, États-Unis. Melbourne, International Journal of Integrated Care. 20: 2. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.s4208>

Deerberg-Wittram J, Kirchberger V, Rüter F (éd.) (2023). Das Value-Based Health Care Buch – Gesundheitsversorgung nachhaltig gestalten. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, ISBN 978-3-95466-794-9.

CFQ, Commission fédérale pour la qualité (2023). Programmes transférés: Cahier des charges – plateforme pour la promotion de l'implication des personnes atteintes, de leurs proches et de la population dans le système de santé à travers des informations et des possibilités de formation et de mise en réseau. <https://www.bag.admin.ch/de/eqk-laufende-programme-projekte-und-studien> (consulté le 06.01.2026)

CFQ, Commission fédérale pour la qualité (2024). Office fédéral de la santé publique: Commission fédérale pour la qualité (CFQ): objectifs annuels. <https://www.bag.admin.ch/de/eqk-jahresziele-des-bundesrates-fuer-die-eqk> (consulté le 06.01.2026)

Farcher R, Graber SM, Boes S, et al. (2024). Are integrated care models associated with improved drug safety in Swiss primary care? an observational analysis using healthcare claims data. *PLOS ONE* 19(9): e0311099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311099>

FMH/ASQM (2024). Qualité / ASQM. <https://www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm.cfm> (consulté le 4.11.2024)

JJ Gagnier (2017). Patient reported outcomes in orthopaedics. *J Orthop Res* 35(10): 2098-2108. DOI: 10.1002/jj.23604

CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2020). La qualité du système de santé: point de vue des cantons. Document de positionnement de la CDS. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/qualitaet/BT_Positionspapier_Qualitaet_GDK_def_f.pdf (consulté le 29.04.2025)

CDS, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2023). Qualité. <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/qualite> (consulté le 29.04.2025)

FMH, Foederatio Medicorum Helveticorum (2013). Prise de position de la FMH sur les bonus dans les contrats des médecins hospitaliers. https://www.fmh.ch/files/pdf23/20131106_positionspapier_boni_f.pdf (consulté le 29.04.2025)

Huber CA, Scherer M, Rapold R et al. (2020). «Evidence-based quality indicators for primary healthcare in association with the risk of hospitalisation: a population-based cohort study in Switzerland.» *BMJ Open* 10(4): e032700. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/4/e032700>

Katz G. (2020). EIT Health, Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf

LAMal, loi fédérale sur l'assurance-maladie. Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html> (consulté le 29.04.2025)

Larsson S, Clawson J, Kellar J (2023). *The Patient Priority*. McGraw Hill, New York.

Li D, Huang Q, Zhang W, et al. (2023). Effects of routine collection of patient-reported outcomes on patient health outcomes in oncology settings: A systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs* 10(11): 100297. doi: 10.1016/a.apjon.2023.100297

McDermott AM, Sarkar U, Fisher R (2023). Measuring The Impact Of Interventions To Retain Health Care Staff. *Health Affairs Forefront*. DOI: 10.1377/forefront.20230621.460867

Moscelli G, Mello M, Sayli M, et al. (2024). Nurse and doctor turnover and patient outcomes in NHS acute trusts in England: retrospective longitudinal study. *BMJ* 387: e079987. doi: <https://www.bmj.com/content/387/bmj-2024-079987>

OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques (2023/1). Life expectancy at birth by sex, 2021 and 2022 (or nearest year). <https://stat.link/5liuzr> OCDE. <https://stat.link/5liuzr> (consulté le 29.04.2025)

OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques (2023/2) Panorama de la santé 2023: indicateurs de l'OCDE, Publications, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (consulté le 29.04.2025)

Service des patients de Zurich (2024). <https://zh.patientenstelle.ch/> (consulté le 12.12.2024)

Peter KA, Hahn S, Schols JMGA, et al. (2020). *J Clin Nurse* 29:3064–3081

Peter K, et al. (2021) Projet de recherche STRAIN – Work-related stress among health professionals in Switzerland. <https://www.bfh.ch/fr/recherche/projets-de-reference/strain/> (consulté le 28.04.2025)

Porter ME (2007). What is Value in Health Care? *NEJM* 363; 26:2477–2481.

Porter ME (2007). What is Value in Health Care? <https://cssnetwork.ca/wp-content/uploads/library/external/What-is-Value-in-Health-Care.pdf> (consulté le 28.04.2025)

Porter ME, Teisberg E (2006). *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School Press.

PwC (2021). Patientennutzen statt Leistungsmenge – ein innovativer Lösungsansatz. Communiqué de presse. <https://www.pwc.ch/de/presse/patientennutzen-statt-leistungsmenge-ein-innovativer-loesungsansatz.html> (consulté le 28.04.2025)

Reich O, Rapold R, Flatscher-Thöni M (2012). An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *Int J Integr Care* 12: e2. doi: 10.5334/ijic.685

Scott Wallace, E. T. «Experience Group® Sessions.» Extrait le 16.12.2024, de <https://valueinstitute.utexas.edu/research-projects>.

Steinbeck V, Ernst CS, Pross C (2021). Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich – Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland. Fondation Bertelsmann, Gütersloh (D). DOI 10.11586/2021053 <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/patient-reported-outcome-measures-proms-ein-internationaler-vergleich>

Taboada D, Cosandey J (2023). Plus de valeur ajoutée dans le système de santé. Améliorer la qualité par la concurrence. Avenir Suisse, Zurich. <https://www.avenir-suisse.ch/fr/publication/plus-de-valeur-dans-la-sante/>

Teisberg E. (2008). Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. *economiesuisse*, Zurich; Klinik Hirslanden AG, Zurich; Interpharma, Bâle; Association Suisse d'Assurances ASA, Zurich; Swisscom IT Services SA, Berne (éd.). https://www.luzerner-forum.ch/assets/Dateien/Veranstaltungen/Netzwerk-Aperos/2023/teisberg-2008_nutzenorientierter-wettbewerb-im-schweizerischen-gesundheitswesen_d.pdf (consulté le 29.04.2025)

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med* 95(5): 682–685

USZ, Hôpital universitaire de Zurich (2023). Mieux comprendre et intégrer le point de vue des patientes et patients: création d'un conseil consultatif des patients au Comprehensive Cancer Center de Zurich. <https://www.usz.ch/perspektive-von-patientinnen-und-patienten-besser-verstehen-und-einbeziehen-gruendung-eines-patientinnen-beirats-am-comprehensive-cancer-center-zuerich/> (consulté le 29.04.2025)

van der Nat PB (2022). The new strategic agenda for value transformation. *Health Serv Manage Res* 35(3): 189-193

OMS (2020). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/20200706/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1948-1015_1002_976-20200706-de-pdf-a.pdf (consulté le 29.04.2025)

Wilson I, Bohm E, Lübbecke A, et al. (2019). Orthopaedic registries with patient-reported outcome measures. *EFORT Open Rev* 4(6): 357-367. doi: 10.1302/2058-5241.4.180080

Ziebolz N (2022). Was sind Privacy Enhancing Technologies (PET)? *Healthcare Digital*. <https://www.healthcare-digital.de/was-sind-privacy-enhancing-technologies-pet-a-1116182/> (consulté le 29.04.2025)

