

Santé: pour un système viable et pérenne

Vision 2024-2028 de la Fédération romande des consommateurs

Janvier 2024



Préambule

Une première version de ce document a été rédigée en 2019. Elle couvrait une période de quatre ans. Globalement, le contexte, la situation et l'évolution du système de santé suisse n'ont pas beaucoup changé. Cependant, plusieurs éléments nouveaux ou en progression sont à considérer avec attention:

- La pandémie de Covid-19 a révélé de nouvelles limites dans le système de santé et indiqué les risques possibles de la survenue de nouvelles épidémies. Elle a aussi montré la capacité du système de soins et de la politique de santé à faire face à des défis d'ampleur totalement inattendue.
- La poursuite de l'évolution à la hausse des dépenses de santé, des primes d'assurance et de la charge directe sur les assurés souligne encore plus fortement les difficultés rencontrées par un nombre croissant d'usagers. Certains indices démontrent que le renoncement aux soins pour raisons économiques tend à augmenter en Suisse, même si la documentation en la matière reste lacunaire.
- Le changement climatique et son impact sur les écosystèmes influencent les besoins en santé. L'Organisation mondiale de la santé considère le changement climatique comme une menace fondamentale pour la santé humaine. Ce dernier modifie l'environnement physique ainsi que tous les aspects des systèmes naturels et humains, y compris le fonctionnement des systèmes de santé. Il a un effet multiplicateur. Celui-ci est susceptible de mettre en danger les acquis de décennies de progrès en matière de santé.
- S'y ajoute le fait que les systèmes de soins et de santé sont des gros émetteurs de gaz à effets de serre. Le défi face au réchauffement climatique pour la santé est donc double, puisqu'il s'agit de répondre aux besoins nouveaux, tout en contribuant à baisser l'impact environnemental des prestations en santé.

Ces défis sont colossaux. Et tout indique que les révisions qu'ils exigent (meilleure gestion du système, meilleure coopération entre acteurs, anticipation des pénuries de personnel mais aussi de médicaments, collaboration entre franges politiques) ne se déploient qu'avec difficulté et lenteur.

Paradoxalement, ils constituent une opportunité. Les solutions, encore théoriques, à chacun de ces problèmes sont susceptibles de se compléter: une meilleure coordination des soins peut, par exemple, conduire à une diminution des prestations inutiles, à une baisse des coûts et de l'impact sur l'environnement. Les défis écologiques peuvent, quant à eux, être le moteur d'une meilleure optimisation dans la gestion des ressources.

Avant d'être diffusé dans de nombreux pays d'Europe, le mouvement Choosing Wisely (mot d'ordre de l'association Smarter Medicine, dans laquelle la FRC est active) a débuté en Amérique du Nord dans un souci de qualité. Si ce souci reste la pierre angulaire de la démarche de la FRC, il devient possible d'y adjoindre les principes d'économicité et de durabilité. S'ouvre alors une voie (semée d'embûches) pour réformer le système de santé et assurer sa viabilité ainsi que sa pérennité sur les trois plans.

Si la démarche de la FRC est ambitieuse, ses moyens ne sont pas à la hauteur de ceux dont disposent d'autres acteurs. Sur tous les plans, en matière de santé, la représentation des patients-assurés-consommateurs souffre d'un grand déficit en Suisse. L'appareil légal prévoit pourtant bien leurs interventions. Ainsi, la FRC est régulièrement sollicitée comme organe représentant les assurés, par le Conseil fédéral et par le Département fédéral de l'intérieur sur tous les projets de lois, d'ordonnances, ou de tarification dans le domaine de la santé. Au-delà des procédures de consultation, le poids des patients-assurés-consommateurs est sans commune mesure avec l'influence que les assureurs et les autres partenaires tarifaires parviennent à exercer au Parlement.

Une démarche, trois constats

1. Économicité: le poids des primes et ses conséquences

Le système de santé – ici les systèmes de soins et d'assurances sociales, les industries des médicaments, dispositifs et produits de santé ainsi que les autorités de santé publique et les prestataires de soins – est composé d'une multitude d'acteurs aux intérêts divergents voire opposés. Les tarifs, éléments clés de la rémunération des prestataires, sont négociés entre assureurs et fournisseurs de soins, sous la surveillance de l'État.

Les coûts des soins à charge de la LAMal sont en augmentation constante depuis de nombreuses années. Ils déterminent le montant des primes à payer et les dépenses effectives par les consommateurs.

Le vieillissement de la population, la chronicité des maladies mais surtout l'évolution des technologies médicales expliquent l'augmentation constante des coûts de la santé. À cela s'ajoutent d'autres facteurs aggravants comme l'augmentation du nombre de fournisseurs de prestations dans certaines spécialités (alors qu'on observe des pénuries, en particulier dans les soins de premier recours) ou les modalités de rémunération, en particulier celle à l'acte de certains prestataires de soins, la facturation complexe et pour des laps de temps souvent peu adaptés.

Les consommateurs souffrent d'une pression constante sur leur pouvoir d'achat, exercée par l'élévation annuelle des primes et autres dépenses de santé. Des réactions multiples et régulières expriment le ras-le-bol de voir la part du budget du ménage consacrée au paiement direct des soins et, surtout, au règlement des primes augmenter sans cesse. Une augmentation qui incite toujours plus d'assurés à opter pour des franchises élevées sans disposer nécessairement des rentrées financières ou de l'épargne nécessaire pour assumer leur part en cas de coup dur.

Selon l'Observatoire de la santé (OBSAN 2023), la part des assurés qui renoncent à des soins serait passée de 10,3% à 24,4% entre 2010 et 2023. Un nombre toujours plus important de personnes renonce donc à des soins nécessaires en raison de leur coût (que ceux-ci soient pris en charge ou non par leur assurance – frais dentaires, non remboursés, p. ex.). Par ailleurs, l'indice des primes d'assurance-maladie (IPAM) – indiquant la part que les ménages y consacrent – ne cesse d'augmenter.

Les autorités politiques tentent depuis des décennies de juguler l'augmentation des dépenses de soins, et donc des primes, mais sans succès.

Toutes les études montrent que la population suisse paie le plus pour les frais médicaux au niveau mondial (IHP par le Commonwealth Fund; OCDE). Un tiers des frais est financé directement par les assurés eux-mêmes et un peu moins d'un autre tiers par les primes. Le dernier tiers provient des impôts cantonaux et, dans une moindre mesure, fédéraux.

2. Qualité: prévention et évaluation

Le financement des prestations de soins occupe le devant de la scène, mais cette problématique ne résume pas à elle seule tous les défis. En effet, la santé est également en jeu dans des produits de toute nature qui sont proposés aux consommateurs sur les marchés de l'alimentation, de l'hygiène, du ménage, des activités de la vie quotidienne, etc.

Sont visés d'abord les produits mis sur le marché et les procédures (étatiques ou non) de contrôle et de sécurité de ces mêmes produits. La FRC s'assure que les contrôles en place sont suffisants pour garantir la sécurité des consommateurs, et veille à ce qu'ils soient développés là où ils font défaut. Le domaine concerne également les habitudes et comportements de consommation des individus, qui

devraient pouvoir choisir de façon informée, consciemment, leur consommation et la manière d'utiliser ce qu'ils achètent sans que cela ne nuise à leur santé.

L'importance de l'information et de la transparence concerne tous les objets de consommation, y compris les moins courants et plus spécialisés. Depuis 2010, les implants médicaux mais aussi certains médicaments sont régulièrement au centre de scandales: déficits dans le contrôle censé accompagner leur mise sur le marché, conflits d'intérêts de certains praticiens dévoilés, effets secondaires mal contrôlés. Des adaptations de la législation sont en cours. Elles doivent assurer une meilleure protection des patients. L'information est aussi importante lorsqu'il existe un doute sur la prescription d'un traitement ou d'une intervention: les patients ne disposent souvent pas des ressources adaptées pour questionner les propositions qui leur sont faites par des professionnels. Ils doivent disposer d'outils ou de supports pour mieux évaluer les prescriptions et/ou les produits qui leur sont associés, voire y renoncer.

3. Durabilité: réforme de la production et de la consommation

Les services de santé, souvent pour des raisons liées à la sécurité, recourent à de nombreux consommables non réutilisables et participent à produire de nombreux déchets. Les lignes de production de matériel ou de médicaments ont un impact sur l'environnement. Celui-ci est d'autant plus lourd que les lieux de production sont souvent délocalisés et centralisés en des lieux très éloignés.

De la sorte, notre système de soins contribue lui aussi à la crise climatique et environnementale. Simultanément, on observe que ces mêmes services de santé montrent leurs limites en matière de capacité à fournir des soins de qualité, efficaces, efficaces et équitables. Dès lors, il est nécessaire de les repenser afin qu'ils soient plus durables et respectueux des limites planétaires. Cela implique une démarche de fond, dont l'ampleur est comparable à celle de la réforme de nos habitudes de consommation mais aussi de notre appareil de production.

Les institutions de soins se sont construites sur l'idée que les ressources nécessaires à leur développement et à leur maintien étaient disponibles de manière illimitée. L'impact de ce credo et la (re)découverte des limites doivent inciter à l'essor d'un nouveau paradigme auquel les usagers sont appelés à contribuer de manière centrale. Ce rôle commence à une échelle très immédiate: le système de soins est traversé de redondances (examen à double ou triple, prescription superflue, hyperpolymédication) sur lesquelles il est possible d'agir dès à présent sans que cela n'engendre ni des coûts supplémentaires, ni une baisse de la qualité. Au contraire.

Qualité, durabilité et économicité: les engagements de la FRC

La FRC s'engage...

... pour que la santé des consommateurs ne soit pas mise en danger par les produits de consommation usuelle

... pour que les consommateurs soient toujours plus et mieux informés des facteurs favorables ou défavorables à la santé

... pour que les consommateurs soient compétents pour jauger leurs comportements de consommation ainsi que les produits qu'ils utilisent ou auxquels ils renoncent

Les consommateurs doivent disposer d'informations claires pour connaître consciemment la portée de leurs choix. Ils doivent pouvoir accéder à toutes les informations relatives aux ingrédients et composantes des produits utilisés au quotidien. Par exemple, il leur faut savoir à partir de quelles quantités et qualités de sucres, de sel, de graisses, et de toute autre substance, des effets nocifs pour la santé, liés à une consommation (excessive ou non), sont susceptibles d'apparaître et de poser problème. Aucune des composantes ne doit être vendue en n'étant pas décrite avec clarté. Ces deux principes sont traités par plusieurs responsables de domaines thématiques à la FRC. Il importe donc d'assurer une vision d'ensemble et une communication cohérente, en promouvant la transparence et en mettant en évidence tous les effets positifs ou nocifs sur la santé des consommateurs.

Pour une information complète, sûre et fiable

... pour que les consommateurs aient accès aux services et soins médicaux qui leur sont nécessaires

Ces services et soins concernent toutes les prestations du système de santé: la prévention, le dépistage, le diagnostic, les traitements, les soins, la réhabilitation, la palliation, etc. Ils doivent être appropriés, efficaces, économiques et accessibles sans délais excessifs. Les consommateurs doivent être informés clairement par les prestataires sur la nature, l'efficacité et les risques des services et des soins et doivent être associés autant que possible à la sélection des choix et modalités de traitement, de prévention, de palliation, etc. Les consommateurs doivent disposer du libre choix des fournisseurs de soins et être informés sur les compétences et qualités de ces derniers. Cela afin qu'ils soient à même de participer au mieux aux décisions de traitements et de soins les concernant.

Pour des services de soins appropriés, efficaces, économiques et facilement accessibles à tous

... pour des prestations utiles, efficaces, apportées de manière coordonnée

Il s'agit ici de la surmédicalisation, mais le problème inverse, la sous-médicalisation, ou sous-utilisation de soins efficaces, existe également. Notamment l'hypertension artérielle, non connue et non détectée, ou encore les soins palliatifs. On constate de fréquents problèmes de qualité des soins (manque de coordination et de continuité entre professionnels des soins). Cet aspect doit être pris en compte dans les programmes d'amélioration de la qualité des soins. La sécurité des soins (effets indésirables dans les hospitalisations, p. ex.) doit également faire l'objet d'une vigilance constante. La FRC croit en

Contre la sous- et la surmédicalisation

l'importance du rôle pivot du médecin généraliste dans le système de soins. Elle s'engage pour soutenir les efforts de coordination des soins dans le cadre du projet Consommateurs de la santé. À un niveau systémique, la FRC milite pour une meilleure coordination entre prestataires de soins. Elle soutient notamment le développement du dossier électronique du patient, ou encore la redéfinition du rôle des pharmaciens, en tant que consultants, dont la rémunération doit être autant que possible détachée de la vente de médicaments.

... pour que les consommateurs soient couverts par un système d'assurance universel garantissant l'accès aux soins et services médicaux qui leur sont nécessaires, à un coût supportable

Les conditions générales d'assurance doivent être transparentes et socialement équitables, de même que les modèles particuliers, avec un contrôle systématique des autorités. Les aspects pervers des systèmes d'assurance (sélection des bons risques, exclusion des autres, taux de réserves¹ abusifs des assureurs, hausses de primes excessives, mélange entre assurance de base et complémentaires, opacité, manœuvres abusives liées à la concurrence, etc.) doivent être combattus. La FRC continue à défendre l'idée d'une caisse unique et un moratoire sur la hausse des primes. Les modes de financement doivent être réformés.

Pour un système
d'assurance simple
et universel

... pour que les tarifs, le prix des services, les soins médicaux ainsi que les médicaments et tout produit de santé soient justifiés, contrôlés et détachés de tout incitatif négatif à la sur- ou sous-prescription.

Le système de santé doit offrir un accès aux soins pour tous et limiter les effets pervers négatifs de certains modèles de soins – franchises élevées choisies par des assurés en raison des coûts très importants des primes et renoncement à des soins, préventifs ou curatifs (non-traitement de l'hypertension artérielle, retard de diagnostic d'un diabète, etc., équivalant à une sous-utilisation de soins pourtant nécessaires). Ce renoncement représente un danger évident pour les personnes concernées. Il entraîne en outre des coûts plus élevés, puisque la prise en charge ne s'amorce que lorsque les patients sont confrontés à une crise aiguë et urgente.

Pour des prix
justes et contre les
fausses incitations

À l'inverse, les modalités de financement des cabinets privés mais aussi des hôpitaux incitent à la prescription d'actes inutiles ou à tout le moins superflus. Un mode de financement alternatif (par forfait ou par capitation) devrait stopper ce genre de pratiques.

De la même manière, les prestations supplémentaires LCA (facturées à la complémentaire santé) doivent faire l'objet de conventions transparentes et ne devraient, dans les faits, couvrir que les prestations hôtelières et le choix de l'établissement.

En séparant ainsi de manière hermétique le médical et l'hôtelier, on réduirait quelque peu les conséquences d'un système à deux vitesses. En particulier, on mettrait un terme à des pratiques de double facturation sur des prestations LAMal comprises dans les forfaits DRG auxquels les médecins spécialistes (agregés dans des cliniques privées ou les secteurs privés, semi-privés des

¹ Au sens de l'art. 69 LAMal

hôpitaux) rajoutent des honoraires. Leurs montants sont trop souvent injustifiés et/ou leurs calculs ne correspondent à aucun barème.

... pour que les effets des hausses incessantes soient stoppés

Le niveau des primes de base, des franchises et quotes-parts ainsi que celui des dépenses pour les prestations payées directement par les consommateurs doit rester supportable pour l'ensemble de la population. Les mécanismes de subsides pour les assurés de condition modeste doivent être garantis et assurer un accès égal aux prestations de soins. À défaut, le renoncement à des soins indiqués augmente.

[Pour une part individuelle supportable](#)

... pour que les consommateurs aient accès à leurs données de santé

Cette information peut passer par différents supports: le renseignement donné par les fournisseurs de services et de soins, l'accès à leurs dossiers médicaux papier ou le dossier électronique en garantissant la protection des données personnelles. Sur ce dernier point, les responsables thématiques en charge de la santé et de la protection des données à la FRC doivent collaborer étroitement, et suivent la mise en œuvre de la nouvelle législation fédérale concernant la mise en place des dossiers électroniques.

[Pour un dossier électronique au service des patients ou un accès facilité au dossier papier](#)

... pour que les consommateurs puissent contrôler la circulation de leurs données et qu'elles soient protégées

Les développements médicaux récents misent de façon croissante sur des données toujours plus personnalisées (données génétiques et génomiques, données relatives à l'activité physique, à l'alimentation et au poids). L'anonymisation de ce genre d'informations ne peut, techniquement, jamais être définitive: un ADN, même codifié, permet toujours de remonter à son détenteur. À ce titre, la FRC milite pour une législation claire qui ne prêterite pas les efforts en matière de recherche mais protège la sphère privée et intime des consommateurs ainsi que leurs choix en matière de santé (être tenus informés ou non; connaître les canaux de circulation de leurs données; disposer d'une forme de consentement évolutif). Cette mesure est d'autant plus importante que l'essor de la génomique exige un patient actif dans la collecte de ses propres données. Dès lors, la gratuité d'une telle participation – principe que défend la FRC, qui s'oppose à toute marchandisation de données médicales – doit comporter une plus-value sociale: le coût des avancées thérapeutiques qu'elles engendreront doit tenir compte de leur participation et, dès lors, ne pas se traduire par un prix prohibitif visant à assurer des bénéfices démesurés à l'industrie privée.

[Pour des données de santé au service et sous le contrôle de chacun](#)

... pour que les consommateurs soient représentés et entendus dans les processus de décisions relatifs à la santé et au système de santé et d'assurance

Cette représentation doit s'étendre aussi bien au niveau fédéral que dans les cantons et au sein des institutions de santé. Cela implique pour les consommateurs d'une part des aspects de formation, d'autre part des mécanismes transparents de représentation et de participation dans les instances de décision. À ce titre, les moyens alloués à la FRC ainsi qu'aux organismes représentant assurés et patients doivent considérablement augmenter. La FRC plaide pour qu'une part équivalente des prélèvements

[Pour une représentation des citoyens forte, intégrée et financée dans les organes de décision](#)

effectués pour financer les organisations faïtières des assureurs reviennent aux organes de représentation des assurés et des utilisateurs de soins.

... pour renforcer les programmes de prévention et de promotion de la santé

La FRC est impliquée dans des projets menés par les autorités compétentes et, avec prudence et une approche critique, par les assureurs, les acteurs commerciaux ou les grands distributeurs. La FRC a longtemps œuvré et continuera à le faire, par exemple dans le test et la recommandation de labels, d'étiquetage indiquant clairement la qualité et les risques des produits alimentaires. Elle suit aussi avec attention la question des prélèvements financiers dans le but de soutenir la prévention, telle que la taxe sur les sucres ajoutés. À cet effet, la FRC collabore avec la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales et Promotion Santé Suisse (CLASS-PSS). La FRC appuie les projets et programmes qui visent à modifier les comportements des individus dans un but de promotion de leur santé. À cette fin, elle plaide pour que les moyens alloués à la promotion de la santé et à la prévention médicalisées (art. 26 LAMal) ou non médicalisées soient notablement augmentés.

[Pour des labels fiables et des recommandations en santé](#)

... pour réformer le système d'assurance

La FRC juge que le système actuel devrait être réformé en profondeur. Il est fondamentalement inégalitaire (primes différentes pour un panier de prestations identiques), compliqué à l'extrême (plus de 20 000 modèles de primes à contrôler chaque année), incapable de proposer des solutions aux problèmes de hausse des prix et des volumes de prestations, parasité par les systèmes de réserve, par les systèmes de tarification, par une concurrence inefficace et par un manque de coopération constructive entre les différents acteurs.

[Pour un système simple et transparent](#)

Les partis politiques et les acteurs de la santé lancent depuis des dizaines d'années des initiatives ayant pour but de réformer le système de santé, mais aucune n'a abouti. La caisse unique – que la FRC a soutenue par deux fois – a été emblématique. En 2024, la FRC soutient les initiatives du Centre (baisser les primes – pour un frein aux coûts) et celle du Parti socialiste (limiter la charge des primes à 10% du revenu disponible des ménages). Faute d'une réforme, elle demande un gel des primes, sous forme de moratoire, afin de contraindre les acteurs du système à rompre avec un immobilisme qui n'empêche ni l'augmentation des coûts ni leur rémunération.

[Pour un moratoire sur les primes dans l'attente d'une stabilisation ou d'une baisse des primes](#)

... protéger les consommateurs de propositions visant à augmenter la part directe des assurés et des patients

La FRC doit être particulièrement attentive aux franchises à option. Assez régulièrement, la presse se fait l'écho de propositions qui visent à augmenter considérablement les franchises (à 10 000 francs ou leur indexation sur les coûts, p. ex.) ou à transférer des charges supplémentaires assumées alors par d'autres acteurs institutionnels (le transfert du financement des soins longue durée des cantons vers les assurés dans le cadre du projet EFAS, p. ex.). Ce genre de mesures n'est pas acceptable pour la FRC, étant donné la part déjà importante qu'assument les assurés et les hausses constantes des primes auxquelles ils font face.

[Pour une sauvegarde du principe de solidarité](#)

... pour séparer l'assurance complémentaire de l'assurance de base

Séparer complètement la complémentaire (produit au bon vouloir de chacun) de la base (obligatoire) demeure un objectif de la FRC. Les compagnies qui pratiquent les deux types d'assurance bénéficient d'un levier de manœuvre qui désavantage l'assurance de base (partage des frais administratifs et de publicité, utilisation des données rassemblées sur l'état de santé d'un assuré dans l'assurance de base, etc.). Ce mécanisme réduit l'assurance obligatoire des soins au rang de produit d'appel et entretient un flou dans la population, qui ne fait pas toujours la distinction entre assurances obligatoire et complémentaire. C'est sur cette confusion entre ces deux types que les courtiers indécents sont encouragés à abuser de la population.

[Pour une séparation plus nette entre LCA et LAMal](#)

... pour limiter les incitations à la consommation et à la vente des «produits» de santé

Nous vivons dans un système où tous les fournisseurs de soins ont un intérêt pratique, réel et non jugulé à faire consommer plus. Financements liés au taux de remplissage des hôpitaux publics et privés, rémunération des producteurs et vendeurs de médicaments, des médecins, etc. Les patients ont aussi la possibilité de faire pression sur le système pour de nouveaux examens ou un avis complémentaire, dans l'intérêt à se faire bien soigner. Ces intérêts ne sont pas forcément illégitimes ni immoraux mais ils concourent, avec le vieillissement de la population et les progrès des techniques médicales, à faire grimper les coûts. La FRC défend des mécanismes politiquement lisibles pour que chaque corporation n'ait plus seulement intérêt à «vendre» plus. Le passage d'un mode de financement à l'acte à un financement par capitation pourrait mettre un terme à ces mauvais incitatifs, renforcer la prévention et la coordination interprofessionnelle dans les soins. La capitation peut être définie comme un forfait payé au prestataire de soins en fonction du nombre de patients dont il a la charge et ce pour une période donnée. Le montant est calculé par individu et selon son profil. Ce montant est stable quelle que soit la consommation à venir des assurés. La capitation exige, par ailleurs, une certaine latitude dans la manière d'organiser les soins et de les partager entre corps professionnels.

[Responsabilisation partagée](#)

[Financement par capitation](#)

... pour maintenir l'obligation de contracter des assureurs

Les assureurs ont un objectif qu'ils n'ont pas encore pu réaliser: la suppression de l'obligation de contracter (qui consiste à supprimer la disposition légale qui oblige l'assurance-maladie à rembourser les soins prodigués par tous les médecins et autres prestataires de soins au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratique). La FRC s'oppose à cette suppression, car elle menacerait la continuité des soins. Elle donnerait par ailleurs trop de poids aux caisses au détriment des autres partenaires du système de soins.

[Obligation de contracter](#)

... pour un prix des médicaments juste

La FRC milite pour une diminution des prix des médicaments avec comme proposition l'introduction d'un prix de référence pour les génériques, mais aussi pour une gamme plus large de médicaments (les traitements dits *me-too*). La FRC défend les importations parallèles de médicaments afin de laisser agir les leviers de la concurrence et casser le monopole des quelques grossistes exerçant sur le territoire helvétique.

[Pour un prix de référence](#)

Dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), les médicaments représentent (en 2021) 22% des dépenses totales, soit 8 milliards de francs sur un total de 36 milliards (78 fr. par personne et par mois). Cette somme augmente annuellement de manière régulière. Cela s'explique en partie par l'innovation pharmaceutique. Chaque année, de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, permettant soit de guérir, soit de chroniciser les pathologies. Dans les deux cas, ces traitements permettent une augmentation de l'espérance de vie.

[Pour des importations parallèles](#)

En parallèle, pourtant, il semble que ce modèle s'essouffle. D'autres analyses (voir rapport sur les médicaments produit par Helsana en 2022) nuancent ce constat. Les auteurs suggèrent ainsi qu'en 2021, sur les 20 nouvelles substances actives ajoutées à la liste des spécialités (réunissant les médicaments remboursés par l'AOS), seules deux substances ont constitué une innovation potentielle. Dans une étude parue en 2019, l'Institut pour la qualité et l'efficacité en soins de santé de Cologne estime que, sur 69 médicaments évalués entre 2015 et 2018 – toutes thérapeutiques confondues –, seuls 9 apportent une réelle plus-value. Un rapport de l'Institut national du cancer en France arrive au même constat et souligne que les processus d'évaluation officiels ne tiennent compte que faiblement de l'innovation, dans la mesure où les acteurs ne s'appuient sur aucune définition stable, commune et officielle de la notion d'innovation.

[Pour une transparence sur les données de recherche cliniques](#)

Généralement, l'innovation est associée soit aux critères usuels (en Suisse: économicité, adéquation, efficacité), soit à des notions existentielles peu ou non définies. Ainsi, en septembre 2019, la revue *Prescrire* soulignait que les antitumoraux mis sur le marché ont été admis de manière accélérée (selon un processus dit de *fast track* que l'on retrouve dans la plupart des pays européens). La revue souligne que ces évaluations manquent de données claires quant à leur efficacité, comme si les agences privilégiaient l'espoir. La FRC milite pour que le terme «innovant» fasse l'objet d'une convention qui le cadre davantage.

[Pour un meilleur encadrement de l'utilisation du terme «innovation» dans l'industrie pharmaceutique](#)

La FRC soutient également la pratique d'une séparation entre le prix du médicament et la rémunération du pharmacien pour ses prestations de conseil. Elle est favorable à des prestations médicales impliquant les pharmaciens afin d'utiliser leurs compétences et leur disponibilité, sans qu'il y ait nécessairement de remise de médicaments. La FRC les soutient comme intervenants de premier recours aux côtés du corps infirmier et des généralistes.

[Pour une rémunération des pharmaciens détachée de la vente de médicaments](#)

... pour développer les soins de premiers recours en faisant appel à l'interprofessionnalité

Les soins de premiers recours restent en grande partie centrés sur les médecins. Le rôle de *gatekeeping* est exclusivement confié à des généralistes. Or les médecins ne sont pas les seuls soignants et n'ont pas de compétences exclusives. En premier recours, il est possible de mettre en place un partage des tâches entre médecins, infirmiers, et pharmaciens. Ces acteurs peuvent prendre en charge des tâches très diverses, en mobilisant et en définissant leurs expertises respectives. Ainsi, les pharmaciens sont en mesure de poser des diagnostics et des traitements pour des cas courants, ou d'orienter vers les bons services en cas de situation plus complexe. Ils peuvent conseiller les médecins et optimiser les traitements médicamenteux, en particulier pour des personnes âgées et polymorbides et, par conséquent, éviter des mauvaises interactions et des effets secondaires.

Les infirmières, en particulier la «nouvelle» filière des IPA/IPS, peuvent prendre en toute autonomie des prestations à leur charge et assurer un suivi, en particulier des patients souffrant de maladies chroniques.

Si la collaboration entre trois corps de métier spécifiques mais complémentaires est promue, les soins de premiers recours s'étofferaient de manière plus rapide. La profession d'infirmier s'en verrait aussi revalorisée. L'interprofessionnalité ne s'arrête pas à ces métiers: de nombreux médecins évoquent le potentiel sous-exploité des assistants médicaux. L'interprofessionnalité ne peut cependant pas tout. Pour qu'elle soit vraiment efficace, encore faut-il disposer d'un système de financement (et donc de tarification et de facturation) adéquat et d'une gouvernance qui lui permette d'en tirer tout le parti.

... pour élargir la représentation des consommateurs dans les instances fédérales et cantonales

La FRC souhaite qu'il y ait des personnes représentant les consommateurs dans des instances fédérales, cantonales ou autres, et offre de les former par le projet Consommacteurs de la santé. Elle coopère aussi avec ses partenaires: les associations SKS (Suisse alémanique), et ACSI (Tessin), ainsi que l'Organisation suisse des patients et la Fédération suisse des patients. La FRC est également représentée dans la Commission fédérale des prestations générales et des principes et dans la Commission fédérale pour la qualité.

[Partout,
la parole aux
consommateurs](#)

À ces fins, la FRC...

... informe via ses différents canaux (magazine, lettre en ligne, permanence et réseaux sociaux)

... crée des interfaces de rencontre et de formation dans le cadre du projet des Consommacteurs de la santé.

... coopère avec...

- ... les autres organisations de défense des consommateurs
- ... les associations de malades, de défense des patients et les ligues de santé
- ... les organisations de professionnels de la santé et d'institutions de santé
- ... les services cantonaux et fédéraux de santé publique et d'assurances sociales
- ... les médias
- ... et toutes les autres organisations visant les mêmes objectifs.

... et promeut comme acteurs clés du système ...

- ... les médecins de premier recours, dont le suivi des patients sur le long cours leur permet de prendre des décisions adéquates
- ... les infirmiers et tous les professionnels permettant de répondre à la demande de maintien à domicile
- ... des réseaux de soins de qualité qui devraient permettre une meilleure coordination entre intervenants, un suivi continu des patients et de bonnes conditions de travail pour les professionnels.