



Déprescription des médicaments type benzodiazépines (BZD) chez la population âgée de 65 ans et plus du Réseau Delta

Rapport final

Dre Minette-Joëlle Zeukeng^{1,2}, Dr Joël Splatenstein^{1,2}, M. Henrique DaCosta^{1,2}, Dr Phillipe Schaller^{1,2} et Pr Omar Kherad^{1,3}

¹Réseau de soins Delta SA, Genève

²Réseau de soins Delta Vaud SA, Genève

³Service de médecine interne, Hôpital de la Tour, Genève

La Commission fédérale pour la qualité (CFQ) est une commission extra-parlementaire du Département fédéral de l'intérieur. Elle soutient le Conseil fédéral dans le développement de la qualité des prestations médicales dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Des informations détaillées sont disponibles sur www.eqk.admin.ch/fr.

Le contenu de ce rapport ne correspond pas nécessairement à la position de la CFQ.

Impressum

Éditrice

Commission fédérale pour la qualité (CFQ)

Date de parution

Mai 2026

Référence bibliographique

[Zeukeng MJ et al. (2026), Déprescription des médicaments type benzodiazépine (BZD) chez la population âgée de 65 ans et plus du Réseau Delta. Genève.]

Langue du texte original

Français

Renseignements

Commission fédérale pour la qualité
Secrétariat
c/o Office fédéral de la santé publique
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne
info@eqk.admin.ch
www.eqk.admin.ch/fr

Copyright

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Avant-propos

Le projet qualité « *Déprescription des médicaments de type benzodiazépine chez la population âgée de 65 ans et plus du Réseau Delta (Déprescription BZD 65+)* » s'inscrit dans un contexte où le système de santé suisse doit concilier vieillissement démographique, risques de la polymédication et pression accrue sur les coûts. Chez les personnes âgées, l'usage prolongé de benzodiazépines et analogues demeure fréquent, alors que leurs risques sont clairement établis (chutes, fractures, troubles cognitifs, dépendance, hospitalisations évitables). En ciblant cette problématique, le projet répond directement aux objectifs quadriennaux du Conseil fédéral en matière de qualité : amélioration de la sécurité médicamenteuse, pertinence des prestations, prise de décision fondée sur les données probantes et renforcement d'un système centré sur le patient et mieux intégré.

Porté par le Réseau de soins Delta SA et le Réseau de soins Delta Vaud SA, deux organisations de *Managed Care* reconnues, le projet qualité a été soutenu par la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) au titre de l'art. 58 LAMal, pour un budget total d'environ CHF 1 000 000.-, dont CHF 500 000.- financés par la CFQ. Des retards liés à la disponibilité partielle des données de prescription chez certains assureurs-maladie partenaires et à la mobilisation de compétences informatiques spécialisées ont rendu nécessaire une prolongation jusqu'au 31.03.2026, formalisée par addendum contractuel. Par lettre du 31.10.2024 et 01.12.2025, la CFQ a réaffirmé son soutien et invité les assureurs-maladie partenaires à garantir l'accès aux données pharmaceutiques détaillées indispensables à l'audit/feedback et à l'évaluation du projet.

Le présent rapport décrit de manière pertinente et critique la conception et le déroulement du projet, les infrastructures et outils développés, les principaux résultats observés, ainsi que les leçons tirées en termes d'impact, d'économicité et de perspectives d'extension à d'autres médicaments potentiellement inappropriés ou thématique d'intérêt. Il vise à fournir une méthodologie et une base d'analyse pour les experts et décideurs impliqués dans la gouvernance de la qualité, la santé publique et l'économie de la santé en Suisse.

Résumé grand public

Chez les séniors 65+, les somnifères de type benzodiazépine augmentent notamment le risque de chute, de troubles de mémoire et de dépendance. Le Réseau Delta a mis en place une intervention multimodale (cercles de qualité, outils pour les médecins et autres professionnels de santé, campagne grand public, questionnaires de qualité de vie en santé) pour réduire ces prescriptions dans les cantons de Genève et Vaud et ainsi proposer des alternatives plus sûres.

Laienzusammenfassung

Bei über 65-Jährigen erhöhen Schlafmittel vom Typ Benzodiazepine das Risiko für Stürze, Gedächtnisprobleme und Abhängigkeit. Das Netzwerk Delta hat eine multimodale Intervention eingeführt (Qualitätszirkel, Tools für Ärztinnen/Ärzte und andere Gesundheitsfachkräfte, Öffentlichkeitskampagne, Patientenfragebögen), um diese Verschreibungen in Genf und Waadt zu senken und sicherere Alternativen zu fördern.

Sintesi divulgativa

Negli over 65, i sonniferi di tipo benzodiazepina aumentano il rischio di cadute, disturbi della memoria e dipendenza. La Rete Delta ha avviato un intervento multimodale (circoli di qualità, strumenti per i medici e altri professionisti sanitari, campagna al pubblico, questionari ai pazienti) per ridurre tali prescrizioni a Ginevra e Vaud e promuovere alternative più sicure.

Résumé

Le projet qualité « Déprescription BZD 65+ » du Réseau Delta a été mené dans le canton de Vaud et dans la République et canton de Genève afin de réduire l'usage inapproprié des somnifères de type benzodiazépine chez les personnes de 65 ans et plus, au regard de leurs effets indésirables majeurs : chutes, fractures, troubles cognitifs, dépendance et hospitalisations évitables.

Centré principalement sur les médecins de premier recours et leur patientèle âgée, il visait à diminuer de 20 % la fréquence totale de prescription, tout en documentant la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact clinique et expérientiel au moyen de questionnaires, dans une perspective de *Value-Based Health Care* (VBHC).

L'intervention multimodale combinait des cercles de qualité thématiques interprofessionnels avec audit/feedback (analyse de données à des fins de benchmark), le développement d'outils informatiques de détection des prescriptions inappropriées de médicaments (PIM), ainsi que d'outils pratiques utilisables en consultation, une campagne de communication 360° (« Si comme Jeanne ») et une large collecte de données de résultats rapportés par les patients : plus de 1 900 inscriptions, 485 PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) et 362 PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) complétés.

Projet qualité novateur et ambitieux, « Déprescription BZD 65+ » articule des données quantitatives — notamment données de facturation de prescriptions et indicateurs PIM/BZD — et qualitatives — PROM, PREM, sondages des médecins Delta — afin d'évaluer simultanément les pratiques, les volumes potentiels et l'expérience vécue. Les données de facturation anonymisées permettent ainsi d'élaborer des indicateurs utiles au pilotage de l'efficacité des prestations de soins selon les critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) et au ciblage des actions dans l'intérêt des assurés, donc de la valeur. En effet, on ne peut prétendre maîtriser les coûts sans investir dans l'acquisition, la qualité et la gouvernance des données. L'amélioration de la prise en soins passe par une gestion efficace des données de santé, une coordination interprofessionnelle et l'usage de technologies avancées pour des systèmes d'information idéalement interopérables.

Les réalisations sont substantielles : cercles de qualité thématiques interprofessionnels, audit/feedback, large sensibilisation des professionnels et du public (> 6 millions de contacts en affichage, ~1 million via la presse), mise à disposition d'outils concrets d'aide à la déprescription — plans de sevrage, fiches synthétiques, brochures, courtes vidéos, dossier thématique — et installation d'une architecture de données et de mesure réutilisable au-delà du projet qualité. Toutefois, les contraintes d'accès aux données médicamenteuses, élément central du projet, chez certains assureurs-maladie limitent à ce stade la capacité à documenter de façon absolue l'atteinte de la cible de -20 %.

L'approche méthodologique multimodale a permis de transformer une recommandation théorique — éviter les benzodiazépines chez les 65 ans et plus — en pratiques concrètes, discutées et progressivement intégrées au fonctionnement du réseau. Concrètement, cela signifie d'abord que la déprescription doit entrer dans la routine des soins ambulatoires. Les médecins de premier recours devraient pouvoir s'appuyer sur des supports standardisés, notamment des protocoles de sevrage progressif et des brochures explicatives ainsi que des fiches illustrative adaptée pour la consultation. Ces outils ont une forte valeur pratique, car ils réduisent la charge cognitive des professionnels et rendent le changement immédiatement actionnable. La mise en œuvre des conclusions suppose aussi de renforcer la dimension patient. Le projet a montré que la déprescription est mieux acceptée lorsqu'elle est présentée comme une démarche négociée, centrée sur la sécurité, la qualité de vie et les préférences de la personne, et non comme une injonction descendante. Il montre également que le contact direct avec les patients — par courrier, en pharmacie, lors de conférences publiques ou via des supports de campagne — est plus efficace que le simple relais par les cabinets.

La principale recommandation issue du projet concerne toutefois la gouvernance des données. Le constat est clair : sans accès stable aux données détaillées de prescription, un projet qualité reste fragile. La poursuite de l'intervention exige donc de sécuriser les flux de données avec les assureurs, d'harmoniser les règles de transmission, de rendre effectif l'usage systématique du GLN du prescripteur et de développer une interopérabilité réelle des systèmes, notamment via FHIR et un fournisseur d'identité partagé. Autrement dit, la déprescription ne doit plus dépendre d'efforts manuels ou de solutions provisoires, mais d'une infrastructure robuste permettant un pilotage continu de la qualité. Cette recommandation est centrale, car le projet a montré une baisse marquée de l'exposition aux BZD, mais aussi les limites qu'imposent des données incomplètes pour documenter pleinement les résultats.

Enfin, le projet qualité recommande de capitaliser sur les acquis au-delà de la seule thématique des benzodiazépines. Le modèle développé — cercles de qualité avec audit/feedback, outils standardisés, PROM/PREM et communication 360° — doit désormais être diffusé, testé dans d'autres institutions et adapté à d'autres médicaments potentiellement inappropriés. En ce sens, la conclusion du projet n'est pas celle d'une fin, mais d'un changement de méthode : passer d'une campagne ponctuelle à une politique durable de qualité, intégrée aux pratiques cliniques, au suivi des données et à la prévention.

Pour conclure, l'adage « Ce qui compte ne peut pas toujours être compté et ce qui peut être compté ne compte pas forcément » rappelle que derrière chaque donnée de santé utilisée se trouve une vie humaine, un assuré dont la santé et le bien-être doivent rester la priorité — ***primum non nocere***.

Zusammenfassung

Das Qualitätsprojekt „Déprescription BZD 65+“ des Réseau Delta wurde im Kanton Waadt sowie im Kanton Genf durchgeführt, um den unangemessenen Einsatz von Schlafmitteln vom Typ Benzodiazepin bei Menschen ab 65 Jahren zu reduzieren, angesichts ihrer schwerwiegenden Nebenwirkungen: Stürze, Knochenbrüche, kognitive Störungen, Abhängigkeit und vermeidbare Spitalaufenthalte.

Das Projekt richtete sich in erster Linie an Hausärztinnen und Hausärzte und ihre älteren Patientinnen und Patienten und hatte zum Ziel, die Gesamtverschreibungshäufigkeit um 20 % zu senken. Gleichzeitig sollten die Durchführbarkeit, Akzeptanz sowie die klinischen und erfahrungsbezogenen Auswirkungen mittels Fragebögen im Rahmen eines *Value-Based Health Care* (VBHC)-Ansatzes dokumentiert werden.

Die multimodale Intervention kombinierte interprofessionelle thematische Qualitätszirkel mit Audit/Feedback (Datenanalyse zu Benchmark-Zwecken), die Entwicklung von IT-Tools zur Erkennung unangemessener Medikamentenverschreibungen (PIM) sowie von praktischen Tools für den Einsatz in der Sprechstunde, eine 360°-Kommunikationskampagne („Si comme Jeanne“) sowie eine umfassende Erhebung von patientenberichteten Ergebnisdaten: über 1.900 Anmeldungen, 485 ausgefüllte PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) und 362 PREM (*Patient-Reported Experience Measures*).

Als innovatives und ehrgeiziges Qualitätsprojekt verbindet „Déprescription BZD 65+“ quantitative Daten – insbesondere Abrechnungsdaten zu Verschreibungen und PIM/BZD-Indikatoren – mit qualitativen Daten – PROM, PREM, Delta-Ärztebefragungen –, um gleichzeitig die Praxis, die potenziellen Mengen und die tatsächlichen Erfahrungen zu bewerten. Die anonymisierten Abrechnungsdaten ermöglichen es somit, Indikatoren zu entwickeln, die für die Steuerung der Effizienz der Gesundheitsleistungen nach den WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) und für die gezielte Ausrichtung von Massnahmen im Interesse der Versicherten und damit des Wertes nützlich sind. Denn man kann nicht vorgeben, die Kosten zu kontrollieren, ohne in die Erfassung, Qualität und Governance von Daten zu investieren. Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung erfordert ein effizientes Management von Gesundheitsdaten, eine interprofessionelle Koordination und den Einsatz fortschrittlicher Technologien für idealerweise interoperable Informationssysteme.

Die Erfolge sind beachtlich: interprofessionelle thematische Qualitätszirkel, Audit/Feedback, umfassende Sensibilisierung von Fachkräften und Öffentlichkeit (> 6 Millionen Kontakte über Plakate, ~1 Million über die Presse), Bereitstellung konkreter Hilfsmittel zur Debriesierung – Entwöhnungspläne, Übersichtsblätter, Broschüren, kurze Videos, Themendossier – sowie die Einrichtung einer Daten- und Messarchitektur, die über das Qualitätsprojekt hinaus wiederverwendbar ist. Allerdings beeinträchtigen die Einschränkungen beim Zugang zu Arzneimitteldaten – einem zentralen Element des Projekts – bei bestimmten Krankenkassen derzeit die Möglichkeit, das Erreichen des Ziels von 20% der Gesamtverschreibungshäufigkeit lückenlos zu dokumentieren.

Der multimodale methodische Ansatz ermöglichte es, eine theoretische Empfehlung – die Vermeidung von Benzodiazepinen bei Personen ab 65 Jahren – in konkrete Praktiken umzusetzen, die diskutiert und schrittweise in die Arbeitsabläufe des Netzwerks integriert wurden. Konkret bedeutet dies zunächst, dass die Entmedikation in die Routine der ambulanten Versorgung integriert werden muss. Hausärztinnen und Hausärzte sollten sich auf standardisierte Hilfsmittel stützen können, insbesondere auf Protokolle zur schrittweisen Entwöhnung und Informationsbroschüren sowie auf für die Sprechstunde angepasste Informationsblätter. Diese Instrumente haben einen hohen praktischen Wert,

da sie die kognitive Belastung der Fachkräfte verringern und die Veränderung sofort umsetzbar machen. Die Umsetzung der Schlussfolgerungen setzt auch eine Stärkung der Patientendimension voraus. Das Projekt hat gezeigt, dass die Entmedikation besser akzeptiert wird, wenn sie als ein gemeinsam ausgehandelter Prozess dargestellt wird, bei dem Sicherheit, Lebensqualität und die Präferenzen der Person im Mittelpunkt stehen, und nicht als eine von oben verordnete Anweisung. Es zeigt auch, dass der direkte Kontakt mit den Patientinnen und Patienten – per Post, in der Apotheke, bei öffentlichen Vorträgen oder über Kampagnenmaterialien – wirksamer ist als die reine Weitergabe durch die Arztpraxen.

Die wichtigste Empfehlung aus dem Projekt betrifft jedoch die Datenverwaltung. Die Feststellung ist eindeutig: Ohne stabilen Zugang zu detaillierten Verschreibungsdaten bleibt ein Qualitätsprojekt fragil. Die Fortsetzung der Massnahme erfordert daher die Sicherung der Datenflüsse mit den Versicherern, die Harmonisierung der Übermittlungsregeln, die effektive Umsetzung der systematischen Verwendung der GLN des verschreibenden Arztes und die Entwicklung einer echten Interoperabilität der Systeme, insbesondere über FHIR und einen gemeinsamen Identitätsanbieter. Mit anderen Worten: Die Entverschreibung darf nicht länger von manuellen Anstrengungen oder provisorischen Lösungen abhängen, sondern muss auf einer robusten Infrastruktur beruhen, die eine kontinuierliche Qualitätssteuerung ermöglicht. Diese Empfehlung ist von zentraler Bedeutung, da das Projekt zwar einen deutlichen Rückgang der BZD-Exposition gezeigt hat, gleichzeitig zeigt es aber auch die Grenzen auf, die unvollständige Daten für eine vollständige Dokumentation der Ergebnisse mit sich bringen.

Schliesslich empfiehlt das Qualitätsprojekt, die gewonnenen Erkenntnisse über das Thema Benzodiazepine hinaus zu nutzen. Das entwickelte Modell – Qualitätszirkel mit Audit/Feedback, standardisierte Instrumente, PROM/PREM und 360°-Kommunikation – muss nun verbreitet, in anderen Einrichtungen getestet und auf andere potenziell ungeeignete Medikamente angepasst werden. In diesem Sinne ist das Projekt nicht das Ende, sondern der Beginn einer methodischen Wende: der Übergang von einer punktuellen Kampagne zu einer nachhaltigen Qualitätspolitik, die in die klinische Praxis, die Datenüberwachung und die Prävention integriert ist.

Abschliessend erinnert das Sprichwort „Was zählt, lässt sich nicht immer zählen, und was gezählt werden kann, zählt nicht unbedingt“ daran, dass hinter jedem verwendeten Gesundheitsdatenpunkt ein menschliches Leben steht, ein Versicherter, dessen Gesundheit und Wohlbefinden oberste Priorität bleiben müssen – ***primum non nocere***.

Sintesi

Il progetto di qualità «Déprescription BZD 65+» della Rete Delta è stato condotto nel Cantone di Vaud e nella Repubblica e Cantone di Ginevra al fine di ridurre l'uso inappropriato dei sonniferi di tipo benzodiazepinico nelle persone di età pari o superiore a 65 anni, in considerazione dei loro gravi effetti indesiderati: cadute, fratture, disturbi cognitivi, dipendenza e ricoveri ospedalieri evitabili.

Incentrato principalmente sui medici di base e sulla loro popolazione di pazienti anziani, mirava a ridurre del 20% la frequenza totale delle prescrizioni, documentando al contempo la fattibilità, l'accettabilità e l'impatto clinico ed esperienziale tramite questionari, in una prospettiva di *Value-Based Health Care* (VBHC).

L'intervento multimodale combinava circoli di qualità tematici interprofessionali con audit/feedback (analisi dei dati a fini di benchmark), lo sviluppo di strumenti informatici per l'individuazione delle prescrizioni inappropriate di farmaci (PIM), nonché di strumenti pratici utilizzabili durante la visita, una campagna di comunicazione a 360° (« Si come Jeanne») e un'ampia raccolta di dati sui risultati riportati dai pazienti: oltre 1.900 iscrizioni, 485 PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) e 362 PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) completati.

Progetto di qualità innovativo e ambizioso, «Déprescription BZD 65+» integra dati quantitativi — in particolare dati di fatturazione delle prescrizioni e indicatori PIM/BZD — e qualitativi — PROM, PREM, sondaggi tra i medici Delta — al fine di valutare simultaneamente le pratiche, i volumi potenziali e l'esperienza vissuta. I dati di fatturazione anonimizzati consentono così di elaborare indicatori utili per la gestione dell'efficienza delle prestazioni sanitarie secondo i criteri EAE (efficacia, appropriatezza, economicità) e per indirizzare le azioni nell'interesse degli assicurati, quindi del valore. Infatti, non si può pretendere di controllare i costi senza investire nell'acquisizione, nella qualità e nella governance dei dati. Il miglioramento dell'assistenza sanitaria passa attraverso una gestione efficace dei dati sanitari, un coordinamento interprofessionale e l'uso di tecnologie avanzate per sistemi informativi idealmente interoperabili.

I risultati sono sostanziali: circoli di qualità tematici interprofessionali, audit/feedback, ampia sensibilizzazione dei professionisti e del pubblico (> 6 milioni di contatti tramite affissioni, ~1 milione tramite la stampa), messa a disposizione di strumenti concreti di supporto alla deprescrizione — piani di sospensione, schede sintetiche, opuscoli, brevi video, dossier tematici — e installazione di un'architettura di dati e di misurazione riutilizzabile al di là del progetto di qualità. Tuttavia, i vincoli di accesso ai dati sui farmaci, elemento centrale del progetto, presso alcuni assicuratori sanitari limitano in questa fase la capacità di documentare in modo assoluto il raggiungimento dell'obiettivo del -20%.

L'approccio metodologico multimodale ha permesso di trasformare una raccomandazione teorica — evitare le benzodiazepine nei pazienti di età pari o superiore a 65 anni — in pratiche concrete, discusse e progressivamente integrate nel funzionamento della rete. Concretamente, ciò significa innanzitutto che la deprescrizione deve entrare nella routine delle cure ambulatoriali. I medici di base dovrebbero poter contare su supporti standardizzati, in particolare protocolli di sospensione graduale e opuscoli esplicativi, nonché schede illustrative adatte alla visita. Questi strumenti hanno un forte valore pratico, poiché riducono il carico cognitivo degli operatori sanitari e rendono il cambiamento immediatamente attuabile. L'attuazione delle conclusioni presuppone anche un rafforzamento della dimensione del paziente. Il progetto ha dimostrato che la deprescrizione è meglio accettata quando viene presentata come un approccio negoziato, incentrato sulla sicurezza, sulla qualità della vita e sulle preferenze della

persona, e non come un'imposizione dall'alto. Dimostra inoltre che il contatto diretto con i pazienti — tramite posta, in farmacia, durante conferenze pubbliche o tramite supporti di campagna — è più efficace della semplice trasmissione tramite gli studi medici.

La principale raccomandazione emersa dal progetto riguarda tuttavia la governance dei dati. La constatazione è chiara: senza un accesso stabile ai dati dettagliati sulle prescrizioni, un progetto di qualità rimane fragile. Il proseguimento dell'intervento richiede quindi di rendere sicuri i flussi di dati con gli assicuratori, di armonizzare le regole di trasmissione, di rendere effettivo l'uso sistematico del GLN del medico prescrittore e di sviluppare una reale interoperabilità dei sistemi, in particolare tramite FHIR e un fornitore di identità condiviso. In altre parole, la deprescrizione non deve più dipendere da sforzi manuali o soluzioni provvisorie, ma da un'infrastruttura solida che consenta un controllo continuo della qualità. Questa raccomandazione è fondamentale, poiché il progetto ha mostrato un marcato calo dell'esposizione alle BZD, ma anche i limiti imposti da dati incompleti per documentare pienamente i risultati.

Infine, il progetto sulla qualità raccomanda di capitalizzare sui risultati ottenuti al di là della sola tematica delle benzodiazepine. Il modello sviluppato — circoli di qualità con audit/feedback, strumenti standardizzati, PROM/PREM e comunicazione a 360° — deve ora essere diffuso, testato in altre istituzioni e adattato ad altri farmaci potenzialmente inappropriati. In questo senso, la conclusione del progetto non è quella di una fine, ma di un cambiamento di metodo: passare da una campagna puntuale a una politica di qualità sostenibile, integrata nelle pratiche cliniche, nel monitoraggio dei dati e nella prevenzione.

Per concludere, il detto «Ciò che conta non può sempre essere contato e ciò che può essere contato non conta necessariamente» ricorda che dietro ogni dato sanitario utilizzato c'è una vita umana, un assicurato la cui salute e il cui benessere devono rimanere la priorità — ***primum non nocere***.

Contenu

A) PROJET QUALITE	13
1 Brève description du projet (y compris les objectifs)	13
1.1 Contexte.....	13
1.2 Problématique des données en milieu ambulatoire.....	15
1.3 Population et périmètre.....	15
1.4 Description de l'intervention.....	16
2 Résultats du projet (output, outcome) et leur qualité.....	17
2.1 Outputs : activités réalisées (2023–2025).....	17
2.2 Outcomes – effets observables (limités aux données disponibles).....	23
2.3 Qualité des données et limites.....	33
3 Déroulement du projet et leçons apprises	34
3.1 Chronologie.....	34
3.2 Principales difficultés	35
3.3 Leçons apprises.....	39
4 Évaluation de l'ensemble du projet (incl. contribution aux objectifs quadriennaux).....	41
4.1 Pertinence.....	43
4.2 Efficacité	44
4.3 Adéquation.....	45
4.4 Sécurité.....	46
4.5 Centralisation sur le patient	46
4.6 Intégration des soins.....	46
4.7 Transparence et pilotage par la qualité.....	47
4.8 Économicité	47
5 Impact du projet	50
5.1 Impact clinique.....	50
5.2 Impact organisationnel.....	51
5.3 Impact populationnel.....	52
5.4 Impact systémique.....	52
6 Economicité : rapport entre dépenses et bénéfiques	53
7 Conclusion (évaluation globale).....	54
8 Perspectives	55
8.1 Valeur ajoutée à la clôture du projet.....	55
8.2 Utilisation future	56
8.3 Durabilité et projets de suivi.....	57
8.4 Groupes de destinataires et diffusion	57
8.5 Recommandations.....	60
B) VOLETS DU PROJET	62
9 Volet 1 : Interopérabilité des systèmes primaires en Suisse pour l'extraction de l'information	62
9.1 Contexte : fragmentation des systèmes primaires.....	62
9.2 Clarification des concepts et rôle des principaux standards.....	62
9.3 Harmonisation sémantique : SPHN, SNOMED CT et CIM.....	63
9.4 Interopérabilité, qualité et adoption clinique.....	63

9.5	Alignement des incitatifs : Modèle « Carotte – Bâton – Muscle »	63
9.6	Articulation avec les initiatives nationales.....	64
9.7	Synthèse des recommandations clés	64
10	Volet 2 : Outil de détection des prescriptions inappropriées de médicaments (PIM)	65
10.1	Rendre disponible l'outil pour les médecins de premier recours	65
10.2	Autorisation et authentification.....	66
10.3	Partage par URL sécurisée : l'accès maîtrisé plutôt que la pièce jointe	66
11	Volet 3 : Un besoin central pour les projets qualité - les données de prescription détaillées.....	66
11.1	Fragmentation du flux des données dans système de santé.....	67
11.2	Rôle et limites des assureurs-maladie privés	68
11.3	Problèmes d'identification des prescripteurs : GLN, RCC/ZSR et standards de facturation	68
11.4	Loi fédérale sur la protection des données (LPD).....	69
12	Volet 4 : Analyse de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine	69
13	Volet 5 : Cercle de qualité thématique avec audit/feedback	70
C)	LISTE DES ANNEXES	73
D)	LISTE DES ABRÉVIATIONS	74
E)	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	75

FIGURES

Figure 1	Rapport individuel par MPR sur les prescriptions inappropriées de médicaments (PIM).....	19
Figure 2	Graphique de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine (BZD) chez la patientèle Delta âgée de plus de 65 ans entre 2019 et 2024 pour VD et GE.....	26
Figure 3	Graphique de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine (BZD)chez les patients de plus de 66 ans en termes de DDD annuel sur la base des données anonymisée entre 2019 et 2024 et aperçu des chiffres de GE et VD	27
Figure 4	Graphique de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine (BZD) chez la patientèle Delta âgée de plus de 65 ans entre 2019 et 2024 pour VD et GE, illustrant la différence entre le groupe contrôle et intervention	28
Figure 5	Prototype du rapport PDF pour médecins (actuellement envoi manuel par courriel).....	29
Figure 6	Chronologie des étapes du projet qualité Déprescription BZD 65+ (2022 - 2024)	34
Figure 7	Chronologie des étapes du projet qualité Déprescription BZD 65+ (2025 - 2026)	35

A) PROJET QUALITE

1 Brève description du projet (y compris les objectifs)

1.1 Contexte

Les somnifères type benzodiazépine – incluant les benzodiazépines « classiques » (ex: lorazépam, diazépam) et les médicaments appelés Z-drugs (ex: zopiclone, zolpidem) – abrégés BZD sont largement utilisés pour traiter l'anxiété et les troubles du sommeil. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, leur utilisation prolongée est cependant considérée comme inappropriée par la plupart des recommandations nationales et internationales. La balance bénéfico–risque devient défavorable au-delà de quelques semaines de traitement, en raison notamment d'une augmentation du risque de chutes, de fractures (en particulier de la hanche), de troubles cognitifs, de dépendance et de dépression respiratoire. À ces risques s'ajoutent la somnolence diurne, la confusion, les troubles de l'équilibre et, in fine, un risque accru d'hospitalisations évitables et de perte d'autonomie. [1-6]

La problématique est d'autant plus préoccupante que l'insomnie chronique – indication principale des BZD – est elle-même associée à des conséquences neurologiques et cognitives défavorables. Des données longitudinales issues, entre autres, de la Mayo Clinic *Study of Aging* montrent qu'un diagnostic d'insomnie chronique chez des personnes âgées cognitivement saines est associé à un déclin plus rapide des performances cognitives, à un risque accru de déficience cognitive (MCI ou démence) et à des marqueurs défavorables de santé cérébrale (charge plus élevée d'hyperintensités de la substance blanche et d'amyloïde). Fait important, dans cette cohorte, l'utilisation d'hypnotiques n'était pas directement associée au déclin cognitif, ce qui suggère que c'est l'insomnie sous-jacente – et non uniquement le traitement pharmacologique – qui représente le déterminant principal du risque. Cela renforce l'idée que les stratégies de prise en charge doivent cibler la cause (insomnie) et pas seulement le symptôme via des BZD. [7-9]

Malgré des recommandations claires, la consommation de BZD reste élevée en Suisse, en particulier en Suisse romande.[10] Des données nationales indiquent que, chez les 65 ans et plus, la prévalence de l'usage prolongé (au-delà de 4 semaines) varie entre 10 % et 42 % selon les contextes, avec des taux encore plus élevés dans les établissements de soins aigus et de longue durée. Ces chiffres sont en ligne avec les données européennes, où la proportion de personnes âgées exposées aux BZD peut dépasser 30 % dans certains pays. Une étude statistique internationale de 2023 a démontré qu'une consommation accrue de BZD et de médicaments Z était statistiquement associée à un PIB plus élevé. [11]

Cette situation problématique traduit à la fois une inertie clinique (difficulté à interrompre des traitements anciens, souvent initiés depuis de nombreuses années) et une fausse perception persistante, chez les patients comme chez les professionnels, que ces médicaments constituent la solution la plus simple pour « garantir le sommeil ». [4, 12] Or, les somnifères type benzodiazépines ne « guérissent » pas l'insomnie. En effet, même s'il peuvent servir de béquille à un moment donné pour une période limitée, ce sont les traitements non-médicamenteux (thérapies cognitivo-comportementales) qui sont appropriés dans ce type d'indication. [13, 14]

En Suisse, plusieurs initiatives et recommandations convergent pour considérer les BZD comme des médicaments potentiellement inappropriés (PIM) chez les personnes âgées. La campagne « *Smarter Medicine – Choosing Wisely Switzerland* » recommande clairement de ne pas prescrire de benzodiazépines pour les troubles du sommeil chez les seniors et de limiter strictement leur utilisation, en privilégiant des mesures non

pharmacologiques. De son côté, la SSMIG (Société Suisse de Médecine Interne Générale) et d'autres sociétés savantes s'alignent sur la littérature internationale (listes de type Beers, STOPP/START) pour déconseiller les BZD au long cours et encourager la déprescription progressive lorsque cela est possible. L'ensemble de ces recommandations repose sur un corpus de preuves montrant que la réduction ou l'arrêt des BZD diminue les événements indésirables sans détériorer la qualité du sommeil lorsque des alternatives appropriées – en particulier la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I) – sont proposées.

Sur le plan des interventions, plusieurs modèles théoriques ont montré qu'il est possible de réduire significativement l'usage des BZD chez les personnes âgées. D'un côté, des interventions centrées sur les médecins, comme le projet européen BE-SAFE, agissent sur les barrières comportementales identifiées par le Cadre des Domaines Théoriques (TDF) : manque de compétences pour déprescrire, temps limité, priorisation d'autres problèmes, perception de la réticence des patients. Elles combinent aval de pairs seniors, formation ciblée, algorithmes de déprescription, outils de communication écrits et coordination interprofessionnelle. La littérature scientifique démontre qu'une approche à la fois multimodale, fondée sur la théorie et incluant une responsabilisation des patients est la plus prometteuse. En effet, l'éducation des médecins seule s'avère inefficace [5, 14-16] .

C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet « Déprescription BZD 65+ » du Réseau Delta. Réseau de soins coordonnés disposant de contrats *Managed Care*, Delta bénéficie d'un accès structuré aux données de facturation de ses assurés via les assureurs partenaires. L'outil d'information DeltaData où sont stockées de manière sécurisée les données détaillées transmises par les assureurs maladie.

DeltaData est audité et toutes activités relatives respectent strictement la Loi fédérale sur la protection des données (LPD), la loi cantonale sur l'information et la protection des données (LID) et de la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (loi relative à la recherche sur l'être humain, LRH) ainsi que de leurs ordonnances respectives au niveau fédéral et cantonal dans le cadre du présent projet (Commission cantonale d'éthique de Genève Req-2023-00474).

DeltaData, cette infrastructure numérique (plateforme) permet d'exploiter ces données de manière agrégée anonymisée et sécurisée pour identifier indirectement les prescriptions d'BZD selon la classification ATC et en DDD (*Defined Daily Dose*). Il convient toutefois de préciser que cette structure gère uniquement les assurés qui ont souscrit pour le modèle d'assurance alternatif (MAA) réseau de soins/médecins de famille/HMO (l'appellation varie d'assurance en assurance).

La plateforme DeltaData confère potentiellement au Réseau Delta une position unique pour :

- Quantifier la prévalence réelle de l'usage aigu et chronique des BZD chez les ≥ 65 ans, en particulier en Suisse romande
- Repérer les profils de prescription à risque (polymédication, multiples BZD, doses élevées, durées prolongées)
- Fournir un audit/feedback personnalisé aux médecins de premier recours dans une logique de cercles de qualité
- Suivre, dans le temps, l'impact d'interventions de déprescription sur les pratiques et sur les issues cliniques évitables (chutes, hospitalisations).

En résumé, la combinaison de trois éléments – (1) un risque clinique important et bien documenté des BZD chez les ≥ 65 ans, (2) une prévalence élevée et persistante de l'usage prolongé en Suisse, particulièrement en Romandie, et (3) un alignement fort avec les recommandations *Smarter Medicine*, SSMIG et la littérature internationale – justifie pleinement la mise en place d'un projet structuré de déprescription des médicaments

type benzodiazépine. Le Réseau Delta, grâce à sa capacité d'accès et d'exploitation des données de facturation via DeltaData et à son ancrage *Managed Care*, offre un environnement particulièrement favorable pour tester à grande échelle et pérenniser, une intervention multimodale visant à réduire les prescriptions inappropriées d'BZD chez les personnes âgées.

1.2 Problématique des données en milieu ambulatoire

La problématique actuelle d'accès aux données de prescription médicamenteuse détaillées en Suisse dans le milieu ambulatoire peut se résumer en points clés :

- **Fragmentation structurelle** : un système de santé organisé en silos, sans entrepôt national de données de prescription ambulatoire accessible aux acteurs professionnels de santé responsable de la qualité.
- **Dépendance aux assureurs privés** : les données les plus complètes sont détenues par des assureurs aux stratégies et interprétations juridiques hétérogènes, ce qui génère une forte variabilité d'accès et de formats.
- **Problème d'identification des prescripteurs** : le *Global Location Number* (GLN), un code à 13 chiffres de GS1 qui identifie de manière unique des lieux physiques ou des entités légales/fonctionnelles dans la chaîne d'approvisionnement mondiale a pour but de faciliter les échanges d'informations (factures, commandes) et garantir la traçabilité. Malgré l'obligation théorique d'utiliser le GLN, son absence fréquente dans les flux de données empêchent une attribution fiable des prescriptions au niveau du médecin. [14]
- **Cadre légal à la fois riche et restrictif** : La LAMal (art. 21, 47b, 84, 84a), l'OAMal (M25) et la nouvelle LPD définissent des bases, mais leur interprétation opérationnelle demeure floue pour les usages « qualité » au niveau des réseaux. En tant qu'institution de *Managed Care*, dans le cadre du modèle d'assurance alternatif particulier au sens de la LAMal, le Réseau a pour mission de piloter la qualité, l'efficacité et l'économicité des soins. Pour cela, l'acquisition et la gestion de données détaillées est centrale. Selon la réglementation en vigueur, les données peuvent en effet être traitées et communiquées, en vertu des articles 84 et 84a, al. 1, let. a, LAMal en relation avec l'article 41 de la LAMal, si elles sont nécessaires à l'application de la forme particulière d'assurance. L'interprétation du "nécessaire" et l'absence de définition de la "qualité" semble expliquer les refus rencontrés avec certains assureurs-maladie partenaires au niveau de la collecte des données de prescriptions détaillées notamment médicamenteuses.
- **Difficultés concrètes 2022–2024** : retrait partiel des flux de données, retards liés à des migrations IT, impossibilité d'utiliser les bases de données fédérales pour les médicaments type BZD et nécessité d'une aide de la CFQ pour encourager les assureurs-maladie à coopérer. Pour un projet qualité tel que « Déprescription BZD 65+ », ces facteurs se traduisent par des retards d'analyses, une incertitude sur la complétude des données et une difficulté à fournir un audit/feedback robuste à tous les médecins. La problématique dépasse cependant ce seul projet : elle met en lumière les limites actuelles du système suisse pour soutenir, sur une base régulière, des projets de qualité en ambulatoire reposant sur les données réelles de prescriptions médicamenteuses.

1.3 Population et périmètre

Le projet « Déprescription BZD 65+ » est un projet de développement de la qualité porté par le Réseau de soins Delta SA et le Réseau de soins Delta Vaud SA, dans les cantons de Genève (GE) et Vaud (VD).

Ces réseaux fonctionnent comme structures *Managed Care* (modèles d'assurance alternatifs « médecin de famille ») et disposent, via leurs contrats avec les assureurs partenaires, d'un accès structuré aux données de

facturation de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ces données sont consolidées dans l'outil interne DeltaData, qui permet d'identifier et de suivre les prescriptions médicamenteuses, notamment les benzodiazépines et analogues (ATC N05BA, N05CD, N05CF, exprimées en DDD).

Le périmètre institutionnel du projet est donc : ensemble des assurés AOS affiliés à un modèle Delta (« médecin de famille ») dans GE et VD (assurés membres Delta), suivis par un médecin de premier recours du Réseau Delta et dont les données de facturation sont transmises au Réseau Delta par les assureurs-maladie partenaires (n=13).

La population dans le cadre de cette intervention multimodale sont :

- Médecins de premier recours membres du Réseau Delta ou Delta Vaud, en activité ambulatoire à Genève ou dans le canton de Vaud, rattachés à un cercles de qualité (CQ) Delta pour les données d'analyse.
- Patients assurés AOS dans un modèle d'assurance alternatif Delta, âgés de 65 ans et plus, suivis par un médecin Delta, avec au moins une facturation de prestation médicale dans l'année d'analyse.
- Sous-ensemble analytique : patients ≥ 65 ans ayant au moins une prescription de BZD ou analogue (ATC N05BA/N05CD/N05CF) durant la période d'étude.
- Professionnels associés : pharmaciens d'officine, psychothérapeutes TCC-I (et autres spécialistes du sommeil) vers lesquels les patients peuvent être orientés, assistantes médicales des cabinets Delta et institutions partenaires (EMS, structures de santé mentale) dans les cantons de Genève et Vaud.

Ce projet exclut donc les patients de moins de 65 ans, les individus non affiliés au Réseau Delta ou les assurés pour lesquels les données de prescriptions ne sont pas accessibles.

1.4 Description de l'intervention

Le projet qualité « Déprescription BZD 65+ » est une intervention multimodale de développement de la qualité en milieu ambulatoire, centrée sur les médecins de premier recours Delta de Genève et Vaud et leur population de 65 ans et plus.

L'intervention est multimodale et repose sur les piliers complémentaires suivants :

- Cercles de qualité (CQ) thématiques BZD, animés par un(e) pharmacien(ne), avec cas pratique, discussion de pratiques, revue de la littérature scientifique détaillée et données de prescriptions.
- Intégration du modules SQLap PIM composite pour les prescriptions inappropriées de médicaments/BZD dans DeltaData, envoi de feedback automatisé aux médecins (actuellement manuel).
- Audit/feedback structuré des données de prescription BZD à partir des données assurantielles (Contrats *Managed Care* avec assureurs-maladie dans le cadre des modèle alternatif d'assurance via la plateforme DeltaData) liée au médecin, au Cercle de qualité et au niveau Cantonal.
- Développement et diffusion d'outils cliniques standardisés et de matériel éducatif pour accompagner les professionnels de santé.
- Campagne de communication 360° et matériel pédagogique pour les patients, proches aidants et grand public.
- Intégration de questionnaires relatifs au *Value Based Health Care – VBHC (Patient-reported outcomes measure - PROM/ Patient-reported experience measure - PREM)* afin d'estimer la qualité de vie en

santé avec un questionnaires spécifiques internationalement reconnu lié à la déprescription des BZD chez les seniors.

L'interaction de ces composantes vise à :

- Réduire d'au moins 20 % la prescription globale de BZD chez les ≥65 ans Delta
- Diminuer l'usage prolongé (>4 semaines)
- Institutionnaliser l'audit/feedback (collecte des données détaillées de prescriptions médicamenteuse) dans DeltaData,
- Renforcer le partenariat patient–professionnels autour du sommeil et de la déprescription.
- Faire prendre conscience au grand public la problématique des difficultés à dormir ou troubles du sommeil qui touche plus de 40% de la population romande.

2 Résultats du projet (output, outcome) et leur qualité

2.1 Outputs : activités réalisées (2023–2025)

L'intervention « Déprescription BZD 65+ » combine :

- **Un levier professionnel structuré** (CQ thématiques et audit/feedback sur données réelles, outillage clinique, formation des AM),
- **Un levier patient et grand public** (campagne 360°, matériel pédagogique, conférences, publipostages, outils d'auto-assistance),
- **Un levier de mesure de la valeur centrée sur le patient** (PROM, PREM, questionnaires de perception de la déprescription),
- **Une infrastructure de données** (DeltaData, intégration dans les logiciels métiers) permettant de suivre les prescriptions BZD et leurs alternatives dans le temps.

C'est l'articulation de ces composantes – et non chaque élément isolé – qui constitue la spécificité du projet qualité: transformer une recommandation connue (« éviter les BZD chez les ≥65 ans ») en pratiques concrètes, mesurées, discutées et partagées, à l'échelle d'un réseau en Suisse romande.

2.1.1 Cercles de qualité (CQ) et professionnels de santé

Principe et cible

Les cercles de qualité thématiques BZD sont l'axe central de l'intervention côté médecins. Ils ciblent les médecins de premier recours Delta (MPR) regroupés en CQ à Genève et Vaud. La méthode CQ consiste à discuter entre pairs de comment chacun recherche l'information, comment décider de prescrire ou non et finalement comment expliquer la décision au patient. L'objectif est de rendre visible la variabilité des pratiques et de la confronter aux recommandations (Smarter Medicine, SSMIG, littérature internationale), afin de favoriser des choix plus conformes aux critères EAE (efficacité, adéquation, économicité).

Il convient de souligner que le terme « Cercle de qualité » n'est pas protégé, ainsi il peut être assimilé à différents types d'organisation.

Contenu des séances

Chaque séance thématique BZD comprend :

- Une présentation PowerPoint élaborée par la Dre Minette-Joëlle Zeukeng se reposant sur une recherche de littérature et des discussions avec des experts sur la thématique, à partir de cas cliniques pratiques (prescriptions appropriées / inappropriées/ quelles conditions)
- La discussion de cas cliniques concrets d'insomnie et d'anxiété chez les ≥65 ans, avec analyse des risques BZD (chutes, fractures, troubles cognitifs, dépendance, dépression respiratoire) et des alternatives, amorces d'entretien avec patients cibles
- Un focus sur les recommandations nationales/internationales (éviter les BZD pour l'insomnie chez les ≥65 ans, durée < 4 semaines, alternatives non pharmacologiques, TCC-I)
- La mise en regard des pratiques individuelles avec les données de prescription agrégées (niveau CQ et canton)
- Un temps dédié aux stratégies pragmatiques de sevrage et d'alternatives (phytothérapie, TCC-I, mesures d'hygiène du sommeil, élément de psychoéducation)

Les séances sont animées par un(e) pharmacien(ne), accompagné(e) d'un modérateur médecin (animateur CQ). Les CQ se déroulent en format habituel (midi ou soir) en présentiel (majoritairement) et en visioconférence (4 sessions pour 110 participants MPR) avec indemnisation de tous les participants et des animateurs.

Volume et couverture

Entre 2023 et 2025, plus de 60 CQ thématiques BZD ont été organisés dans les deux cantons, avec une participation cible de 50 % des médecins la première session parmi les médecins suivant activement les CQ du Réseau Delta puis environ 66 % des médecins du Réseau dans la phase suivante.

- 16 séances représentant 22 groupes CQ Delta, CQ thématique Déprescription BZD 65+ ont été organisées dès 2022/2023, réunissant environ 200 médecins de premiers recours (≈50 % des CQ actifs GE+VD).
- En 2025, le nombre de CQ actifs dans les cantons de Genève et Vaud est passé à 40 (avec 3 à 12 médecins par session), témoignant de l'appropriation progressive de la démarche par les médecins..
- 7 pharmacien(ne)s consultants expérimenté(e)s exerçant en milieu ambulatoire ont effectué les séances pour co-animer les CQ et soutenir les stratégies de sevrage pour la déprescription des BZD.

2.1.2 Développements informatiques et data

L'outil PIM composite vise à doter le Réseau Delta d'une plateforme unifiée permettant :

- Identifier, suivre et comparer les prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (PIM), en premier lieu les BZD chez les ≥65 ans, PIM n°1
- Fournir un feedback actionnable aux médecins (niveau individuel)

- Constituer une infrastructure réutilisable pour d'autres projets de déprescription et de gestion des risques médicamenteux.

Cet outil est construit en extension de la plateforme DeltaData et développé en collaboration avec SQLap.

Module PIM composite (architecture extensible) :

Logique systématique permettant d'ajouter d'autres classes PIM (ex : antipsychotiques, opioïdes) sur la même infrastructure et gestion centralisée des définitions PIM (listes de référence, seuils, règles d'inclusion/exclusion).

Ces modules constituent le socle technique pour les tableaux de suivi/rapport de feedback destinés aux médecins.

Pour tous les détails techniques se référer à l'article scientifique publié en 2023.[17]

La Figure 1 illustre le principe du rapport PIM.

The image shows two side-by-side screenshots. The left screenshot is the 'Delta Data Identity Provider' interface, which includes service information, endpoints for discovery, authorization, token, userinfo, JWKS, introspection, and logout, each with a 'Copy' button. There is also an 'Admin Panel' button at the bottom. The right screenshot is the 'Médicaments Potentiellement Inappropriés (PIM)' report generation tool. It has a form to enter a 'Numéro RCC' (R585639) and an 'Accéder au rapport' button. Below that, there is a section for 'Générer une URL partageable' with an optional 'Identifiant de suivi' (example: dr-martin_campagne-2024), a 'Durée de validité (jours)' dropdown set to 90, and a 'Générer une URL partageable' button. At the bottom of the right screenshot, two URLs are provided: <https://idp.delta-data.ch> and <https://pim.delta-data.ch/access>.

Collaboration : Dr Joël Splatenstein et Dr Yves Eggli (SQLap composite)
Source bibliographique : Potentially inappropriate medication prescribing in outpatients: comparison of different measurement approaches, Risk Management and Healthcare Policy - 2023 – Eggli Y., Halfon P., Zeukeng M.-J. et al.

Figure 1 Rapport individuel par MPR sur les prescriptions inappropriées de médicaments (PIM)

Envoi automatisé de feedback synthétique aux médecins (<https://pim.delta-data.ch>)

Une fonctionnalité centrale de l'outil est l'envoi automatisé de rapports de feedback aux médecins, sous la forme d'un document PDF synthétique, incluant les principaux médicaments incriminés et le nombre de patients concernés ainsi que leur tranche d'âge.

L'objectif de base était que ce feedback soit généré automatiquement à partir de DeltaData (via scripts Python/Excel) et envoyé périodiquement (ex : annuel / semestriel – à définir), avec la possibilité d'être discuté

en CQ ou en entretien individuel. Malheureusement pour le moment il est uniquement possible de générer le rapport via un token d'authentification pour générer le rapport puis envoyer manuellement l'url par courriel sécurisé.

Dans l'idéal, il serait approprié que l'intégration de ce score composite vise à inscrire l'outil PIM composite dans les workflows existants des cabinets (logiciel primaire du cabinet), plutôt que de créer une couche supplémentaire pour les professionnels. C'est cette combinaison – infrastructure IT robuste module PIM et lien aux logiciels métiers – qui donnerait à l'outil PIM composite sa valeur stratégique pour la qualité des soins en ambulatoire.

Concept et rôle d'un fournisseur d'identité (IdP) : une clé d'organisation pour le système de santé ?

Un fournisseur d'identité (*Identity Provider*, IdP) est un service central chargé de gérer l'identité numérique des utilisateurs (professionnels, institutions, patients et autre) et leurs moyens d'authentification. Il stocke et vérifie les identités, administre les mécanismes d'accès (mots de passe, certificats, cartes à puce, applications mobiles, authentification multifactor), puis émet des « assertions » d'identité et d'attributs (qui est la personne, à quelle organisation elle appartient, quel rôle elle exerce) à destination des applications qui en ont besoin. Techniquement, un IdP est généralement hébergé dans un datacenter ou dans le cloud, expose des protocoles standards (*OpenID Connect*) et s'intègre avec des mécanismes d'authentification unique (SSO) : l'utilisateur s'authentifie une fois auprès de l'IdP, qui délivre ensuite des « tickets de confiance » permettant d'accéder à plusieurs systèmes (notamment un dossier électronique du patient (DEP)/Dossier de santé (DES), *Fast Healthcare Interoperability Resources* (FHIR) Gateway, portails patient, plateformes etc.) sans réauthentification répétée. Ainsi, les médecins Delta n'ont plus besoin de mettre à nouveau leur identifiant et mots de passe pour avoir accès aux données.

Dans un écosystème de santé fragmenté comme en Suisse (multiples systèmes primaires, entrepôts, plateformes de questionnaires, etc.) un IdP apporte plusieurs bénéfices structurants. Il centralise l'identité : chaque professionnel et chaque patient dispose d'un identifiant numérique unique, avec des rôles et attributs gérés une seule fois et consommés par l'ensemble des applications. Il renforce la sécurité et la conformité en appliquant de manière homogène des politiques d'authentification forte, en centralisant les journaux d'audit et en réduisant la prolifération de comptes locaux difficilement contrôlables, ce qui facilite le respect de la Loi sur la Protection des Données (LPD) notamment. Il améliore l'expérience utilisateur grâce au SSO, en réduisant la friction pour les professionnels (un login pour accéder aux différents outils métier) et en offrant aux patients un accès cohérent aux portails (dossier électronique, questionnaires, consentements, rendez-vous), ce qui favorise l'adhésion.

L'IdP permet aussi une gestion fine des droits d'accès : au-delà de l'identité, il expose le contexte (rôle, organisation, spécialité, lien avec le patient), que les applications consommatrices utilisent pour appliquer des règles d'autorisation (lecture seule vs écriture, périmètre géographique ou organisationnel). Il contribue à la simplification technique en déchargeant chaque application de la gestion de comptes, de la sécurité avancée et des évolutions (nouveaux facteurs d'authentification, politiques de mots de passe, révocation) qui sont traitées une fois pour toutes dans l'IdP. Enfin, il est un facilitateur de l'interopérabilité clinique et analytique : il sécurise l'accès aux *application programming interface* (API) FHIR, aux services partagés (répertoires de prestataires, gestion du consentement) et permet d'orchestrer correctement la distinction entre identité réelle (soins) et identité pseudonymisée (analyse, recherche, qualité).

Dans une architecture cible cantonale ou de réseau, l'IdP peut jouer le rôle de service central d'identification au sein d'un socle national ou cantonal (aux côtés du répertoire des prestataires, des services de consentement et d'échange), ou celui d'un IdP de réseau fédéré avec d'autres IdP (cantons, HIN, institutions), via des relations

de confiance. Dans tous les cas, il devient un composant transversal qui sécurise l'accès aux systèmes primaires et aux services d'interopérabilité (FHIR, DEP/DES, SwissHDS), supporte l'usage structuré des données (indicateurs qualité, monitoring BZD/PIM, etc.) et réduit la complexité pour les utilisateurs comme pour les exploitants. Sans IdP robuste et partagé, l'écosystème se retrouve avec une multiplication de « portes d'entrée », de comptes locaux, de risques et de coûts de gestion, ce qui en fait une brique essentielle mais encore insuffisamment standardisée dans les discussions sur l'interopérabilité et la maîtrise des coûts.

Dépendance critique aux assureurs-maladie

Un élément structurant de l'implémentation est la dépendance aux assureurs-maladie pour l'alimentation des données dans DeltaData :

- Certains assureurs ont refusé la transmission des données de prescription détaillées dans le contexte de la nouvelle LPD
- D'autres ont accumulé des retards importants de mise à disposition (nouveau)
- D'autres encore n'ont transmis que des jeux de données partiels

Cette hétérogénéité peut se traduire par :

- Des trous de données pour certaines périodes ou sous-populations
- Des décalages temporels qui retardent la production des indicateurs
- Une incertitude sur la complétude des chiffres présentés dans les tableaux de bord (nécessité de documenter explicitement ces limites).

L'outil PIM composite est donc techniquement prêt, mais sa performance dépend directement de la continuité et de la qualité des flux de données des assureurs-maladie.

2.1.3 Campagne de communication 360°

Médias de masse et digital :

Affichage digital Transports Publics Genevois (TPG) /La Poste Suisse/Transports publics Lausannois :

- 4,56 M de contacts (TPG GE + Canal Poste GE/VD),
 - 1,50 M de contacts (écrans TL-SGA VD),
- soit 6,07 M de contacts et une pénétration cible estimée à 68 %.

Presse grand public cible (Ma Santé & Générations) :

- 4 parutions, ~970 869 contacts, pénétration cible ~62 %.
- Campagne digitale événementielle Audienzz (Genève) : 200'000 impressions, 913 clics, CTR 0,44 % (soit +76 % par rapport au benchmark 0,25 %).

Communication vers les professionnels de santé :

- Envois de colis kit de la campagne de sensibilisation (brochures, affiches, fiches) à plusieurs centaines de médecins, pharmaciens, EMS par canton (1'482 au total pour les deux cantons).

- Courriels d'information et d'invitation au projet et aux conférences à plus de 1'500 professionnels (médecins, pharmaciens, EMS, psychiatres, psychologues) sur GE et VD.
- Visites en pharmacies d'officine (72 pharmacies à Genève et 124 dans le Canton de Vaud) pour présenter la campagne et les outils de sevrage. A noter que pour les vaudois des billets pour le Festival Planète Santé ont été distribués (plus de 200 invitations).

Événements et formations :

- Grande conférence publique « Troubles du sommeil chez les séniors » au CMU (Genève) : 115 inscriptions, 80 participants (public déclaré: patients, proches-aidant, médecins, pharmaciens, nutritionniste, gériatre, psychothérapeute, pneumologues, aide-soignant, infirmier, endocrinologue, représentant association pour personne âgée)
- Présence au Festival Planète Santé (Lausanne, 2024) : ~13'000 visiteurs, forte visibilité pour les séniors et leurs proches
- Conférences tout publiques locales à succès avec en moyenne 40 participants (Adret, Cité Générations)
- Webinaires « Notions en psychothérapie de l'insomnie » (3 sessions, 210 participants / 256 inscrits, avec un excellent taux de participation moyen ~82 %)
 - 06.02.25 : 68 participants sur 97 inscrits
 - 09.09.2025 : 76 participants sur 83 inscrits
 - 02.10.2025 : 66 participants sur 76 inscrits
- Formations assistantes médicales : 42 participant(e)s pour ~478 invitations lues/potentielles.
- Formation d'agents de santé Sénior : 12 personnes âgées (Genève)

2.1.4 Recrutement des patients pour questionnaires sur la qualité de vie en santé (PROM/PREM) du *Value Based Health Care* (VBHC)

A ce stade, il convient de préciser que les assurés deviennent membres Delta lorsqu'ils souscrivent à un modèle alternatif d'assurance (MAA) type médecin de famille chez un assureur-maladie partenaire du Réseau Delta (voir liste sur le site internet). Ce modèle permet notamment d'obtenir un rabais sur les primes d'assurance-maladie. L'information figure sur la police d'assurance de l'assuré accompagnée du nom du médecin de premier recours qu'il a choisi. En tant qu'assuré membre du Réseau Delta par l'assurance-maladie, l'adresse postale est communiquée. Toutefois, le Réseau ne possède ni téléphone ni adresse courriel des assurés. C'est à l'assuré de transmettre volontairement cette information. Ainsi, un courrier avec information & consentement a été adressé aux assurés membres afin de fournir un moyen personnel de communication, si intérêt pour la thématique que sont les troubles du sommeil. Les patients cibles de cette campagne sont tous les assurés membres du Réseau Delta de plus de 65 ans dans les cantons de Vaud et Genève. Il convient de préciser que les données utilisées ne permettent pas de distinguer si l'assuré consomme ou pas des médicaments notamment.

Ainsi, plus de 50'000 courriers postaux ont été envoyés aux assurés Delta de 65 ans et plus (GE et VD) en novembre 2024 et en mars 2025. Ce nombre ne correspond pas nécessairement au nombre d'assurés de plus de 65 ans du réseau. En effet un bug informatique a aléatoirement augmenté le nombre d'assurés cibles dans l'adressage. A savoir également qu'environ 500 courriers ont été retournés (motifs : changement d'adresse,

refus et décès). A noter également qu'environ 200 contacts téléphoniques ont été effectués par des assurés pour des précisions au sujet de la campagne.

- Plus de 1'400 kits de communication (incl. notamment brochures, affiches, flyers de la campagne de sensibilisation) ont été envoyés aux cabinets, pharmacies d'office et établissements médico-sociaux des cantons concernés
- Plus de 1'500 inscriptions ont été enregistrées sur la plateforme SOKLE (taux de réponse global 3,4 %).
- 485 PROM et 362 PREM ont été complétés ($\approx 1,5$ % des patients contactés).

Les résultats par canton se présentent comme suit :

- Genève : 37'101 envois, 1'161 inscriptions (3,1 %), 285 PROMs, 203 PREM.
- Vaud : 20'073 envois, 790 inscriptions (3,9 %), 200 PROMs, 159 PREM.

La présence de questionnaires remplis par des personnes hors cible (23 PROMs <65 ans, quelques réponses hors réseau) a été identifiée et filtrée, témoignant d'une rigueur de nettoyage des données mais au prix d'un effort supplémentaire.

2.2 Outcomes – effets observables (limités aux données disponibles)

ASPECT QUANTITATIF

2.2.1 Données, population et méthode

Source et période

Données de facturation AOS transmises par les assureurs-maladie partenaires (n=13) aux Réseaux Delta Genève et Delta Vaud, intégrées dans DeltaData.

Période d'analyse : 2019–2024, avec focalisation sur 2022–2024 (début des cercles de qualité thématiques en 2022).

Population : assurés Delta âgés de 65 ans et plus, suivis en ambulatoire par des médecins de premier recours Delta à GE/VD.

Tous les médecins autorisés à pratiquer sous la LAMal (AOS) transmettent leurs données de facturation aux assureurs.

Unité de mesure

Les volumes de consommation sont exprimés en *Defined Daily Dose* (DDD), selon la classification ATC de l'OMS.

Les indicateurs présentés représentent un indice de consommation standardisé (DDD rapportées à la population concernée), permettant la comparaison temporelle et entre cantons.

Les données pharmaceutiques sont exploitées à l'aide de trois éléments clés :

ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification)

- Chaque médicament est codé selon sa classe thérapeutique ATC (par ex. N05BA, N05CD, N05CF pour les BZD et apparentés).
- Ce codage permet d'identifier précisément les benzodiazépines, leurs analogues et les autres classes de médicaments potentiellement inappropriés (PIM).

DDD (Defined Daily Dose)

Les quantités remboursées sont converties en DDD, unité standard de consommation définie par l'OMS. Les indicateurs de consommation (ex : DDD/1 000 patients/jour pour les grands collectifs) permettent de comparer les niveaux de prescription dans le temps et entre médecins, cercles de qualité ou cantons, indépendamment des dosages et présentations commerciales. Dans le présent cas le collectif étant trop petit, des normalisation ont été effectuée au niveau du nombre de patients et au niveau de la DDD du dit médicament.

Pharmaceutical Cost Groups (PCG)

Les groupes de coûts pharmaceutiques (PCG) regroupent des profils médicamenteux reflétant certaines pathologies chroniques, utiliser dans la compensation des risques.

Ils permettent de décrire la morbidité médicamenteuse de la patientèle (charge de maladie) et d'ajuster l'interprétation des indicateurs de prescription (ex : distinguer un médecin avec un grand nombre de patients complexes/chronique ou de prescription non-contrôlée).

Classification thérapeutique utilisée

Dans le cadre du projet, les traitements de l'insomnie chez la personne âgée ont été regroupés en trois catégories :

- Benzodiazépines et apparentés (BZD) – à éviter / ne pas initier.
- Alternatifs (ALT) – alternatives médicamenteuses jugées « acceptables » de manière transitoire dans cette indication.
- Non-alternatifs (NON-ALT) – molécules considérées comme inappropriées / à proscrire dans cette indication.

Cette typologie sert de base à l'analyse de la réallocation thérapeutique (substitution, déprescription globale, éventuels déplacements vers des options non souhaitables).

Les données détaillées de prescriptions médicamenteuses (ATC, quantités, DDD, PCG) permettent de générer des indicateurs de prescription cliniquement utiles et ciblés, par exemple :

- Volume de BZD chez les ≥ 65 ans par médecin / CQ / canton
- Proportion d'usagers chroniques
- Profil de recours aux alternatives et aux médicaments non recommandés.

Ces indicateurs sont utilisés comme base de l'audit/feedback en cercles de qualité thématiques et comme outil de suivi individuel pour les médecins (analyses brèves, tableaux de bord PIM/BZD) et à terme, pour des analyses épidémiologiques et économiques (lien avec hospitalisations, coûts, PCG).

Méthodologie générale

Analyses descriptives longitudinales (2019–2024) des volumes de DDD par canton et par groupe (BZD, ALT, NON-ALT). Dans le cadre du projet qualité, l'intérêt de l'action se situe entre 2022 et 2024. Afin de pouvoir effectuer des comparaisons, les données ont été normalisées. L'ensemble des détails méthodologiques se trouvent dans l'Annexe 1.

L'analyse repose sur deux sources complémentaires. Les données DeltaData (Réseau Delta) décrit la dynamique au sein d'un périmètre strictement du réseau incluant les membres Delta (assuré), les mpr Delta ainsi que les assureurs partenaires et permet ainsi une lecture centrée sur l'évolution interne des pratiques de prescription dans cet écosystème. En parallèle, les données SASIS anonymisées (population 66+, périmètre Suisse / cantons de Vaud (VD) et Genève (GE) sont utilisées comme pseudo-groupe contrôle afin de matérialiser la tendance de marché au niveau cantonal et national. Il convient toutefois de préciser le cadre méthodologique de cette comparaison : faute d'accès à la taille de la population exacte (dénominateur) et la comparaison étant construite sur le nombre de prescriptions, SASIS ne permet pas une mesure fine de l'exposition par patient. Cette source doit donc être comprise comme un repère externe décrivant l'orientation générale du marché sur la période et non comme un contrôle strict au sens épidémiologique du terme. La comparaison porte essentiellement sur la direction et la cohérence des mouvements par classe, plutôt que sur des niveaux absolus. Les données SASIS des médecins ayant signé une procuration (n=148) ont également été rendues disponibles dans le cadre de ce projet qualité.

La première étape de ce programme institutionnel a consisté à mettre en place les conditions organisationnelles nécessaires à une étude randomisée en grappes (cRCT) intitulée « *Multimodal Educative Data Feedback for Deprescribing BZD and Related Drugs in Outpatients: a Cluster RCT* » (ClinicalTrials.gov ID NCT05859555). Les cercles de qualité (CQ) en activité du réseau (GE et VD) ont servi d'unités de randomisation (clusters) et ont été répartis aléatoirement (selon lieu et nombre de médecins actifs) en deux bras afin d'assurer la comparabilité des groupes.

Ainsi, 50% des CQ ont été attribués au groupe intervention et ont bénéficié d'une séance thématique dédiée aux benzodiazépines (BZD) et apparentés, intégrant une démarche éducative d'audit feedback, tandis que les 50% restants ont constitué le groupe contrôle, sans séance thématique BZD durant cette phase. Une comparaison intervention vs contrôle (2022/2023-2024) pour des CQ définis a été effectué. Cette partie du projet qualité fera l'objet d'une publication scientifique.

Dès 2025 l'ensemble des CQ ont pu bénéficier des séances optimisées CQ sur la thématique (cf. rapports de suivi CFQ).

Évolution de la consommation médicamenteuse (DDD)

Entre 2022 (année de mise en place du premier cercle de qualité) et 2024, on observe dans les cantons de Genève et Vaud une réduction très marquée de l'exposition aux benzodiazépines dans l'indication insomnie chez les personnes âgées, avec une baisse d'environ 47 % des DDD dans chacun des deux cantons (Figure 2).

Les médicaments alternatifs, recommandés uniquement à titre transitoire, diminuent également, de 47 % dans le République et Canton de Genève (GE) et de 30 % dans le Canton de Vaud (VD).

Pour les médicaments non-alternatifs, à proscrire dans cette indication, une baisse substantielle est observée dans le Canton de Vaud (–35 %), tandis qu'une légère augmentation est constatée à Genève (+5 %), malgré des niveaux absolus déjà faibles.

Globalement, ces résultats sont compatibles avec un effet favorable des interventions de qualité sur la réduction de l'exposition médicamenteuse inappropriée dans l'insomnie des personnes âgées, tout en mettant en évidence un besoin de vigilance spécifique sur les médicaments non-alternatifs à Genève.

Des résultats détaillés se trouvent dans l'Annexe 1.

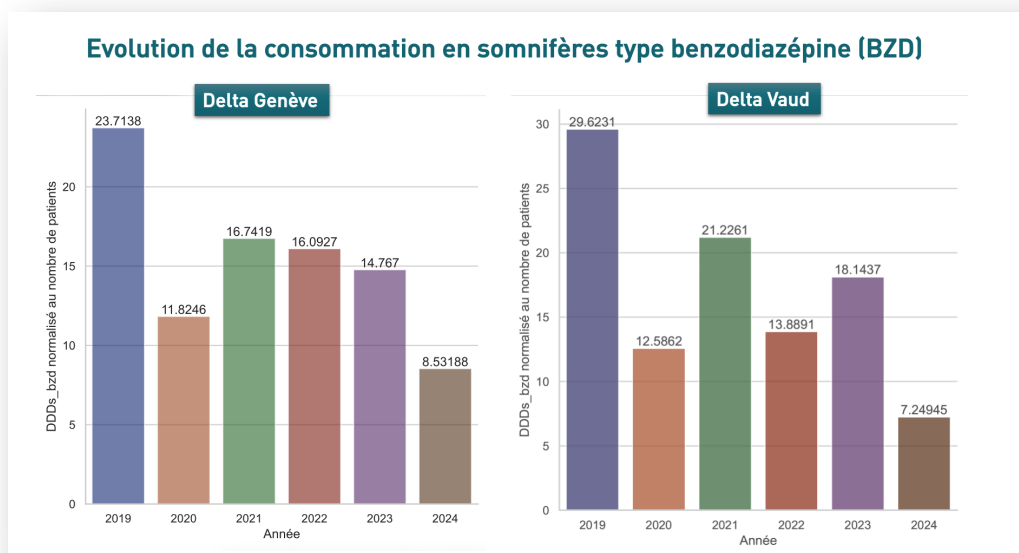


Figure 2 Graphique de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine (BZD) chez la patientèle Delta âgée de plus de 65 ans entre 2019 et 2024 pour VD et GE

Apport des données de la SASIS

Sur le plan des tendances par classe, un signal convergent se dégage pour les BZD, avec une diminution observée à la fois dans les données DeltaData et dans les données fournies par la SASIS (Figure 3), suggérant une baisse généralisée au sein du réseau et sur le marché. En revanche, les ALT présentent un profil divergent: augmentation dans les données SASIS (compatible avec un report depuis les BZD au niveau marché), mais diminution dans les données de DeltaData, ce qui correspond davantage à une réduction conjointe BZD et ALT au sein du réseau, compatible avec une rationalisation plus globale des prescriptions. Concernant les NON-ALT—classe à proscrire—la situation appelle une vigilance particulière en raison de l'hétérogénéité des évolutions : une légère hausse est observée sur le marché (SASIS) ainsi qu'au niveau de GE dans les données DeltaData, tandis que VD (DeltaData) montre une tendance à la diminution. En synthèse, DeltaData documente une baisse marquée des BZD dans le réseau, tant à GE qu'en VD et SASIS met également en évidence, chez les 66+, une diminution constante des BZD décrite aux échelles cantonales et suisse, confirmant la robustesse directionnelle du signal de réduction des BZD sur la période analysée.

Médicaments type benzodiazépine (BZD)

Données anonymisées de tous les médecins (FMH médecine interne générale) par canton/Suisse (patient 66+)

Genève (GE)

2022 : 16,47 DDD

2024 : 14,65 DDD

Différence relative : -12,42 %

Vaud (VD)

2022 : 14,93 DDD

2024 : 13,08 DDD

Différence relative : -14,14 %

Suisse (CH)

2022 : 39,25 DDD

2024 : 37,19 DDD

Différence relative : -5,54 %

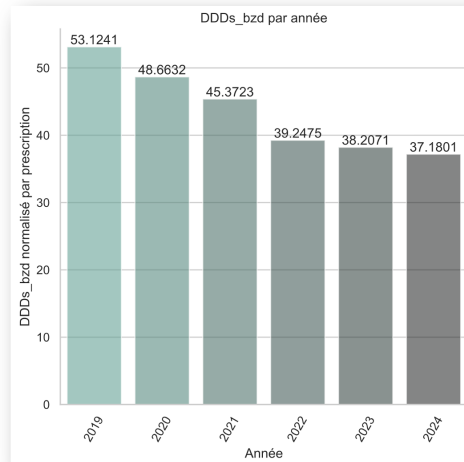


Figure 3 Graphique de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine (BZD) chez les patients de plus de 66 ans en termes de DDD annuel sur la base des données anonymisée entre 2019 et 2024 et aperçu des chiffres de GE et VD

Groupe contrôle et intervention

La Figure 4 présente l'évolution de la consommation de benzodiazépines (BZD) exprimée en DDD normalisées au nombre de patients entre 2019 et 2024, en comparant les médecins du groupe contrôle au groupe intervention (cercles de qualité thématiques, démarrage en 2022). Dans les deux cantons, une diminution nette et continue de l'exposition aux BZD est observée, compatible avec une tendance générale à la baisse (recommandations, sensibilisation, évolution des pratiques). Sur la période 2022–2024, la réduction cantonale est de l'ordre d'env. 47%, indiquant un changement important des pratiques après le début de l'intervention.

À GE, les niveaux initiaux sont comparables entre groupe contrôle et groupe intervention, ce qui permet une comparaison directe de trajectoires à structure de patientèle similaire. À partir de 2022, la diminution se poursuit dans les deux groupes, mais la baisse est plus marquée dans le groupe intervention, entraînant un écart croissant en défaveur de l'intervention (moins de BZD). Les chiffres détaillés (différence relative intervention vs contrôle) montrent une séparation progressive : -4,8% en 2022, -10,8% en 2023, puis -19,8% en 2024. Autrement dit, en 2024, le groupe intervention consomme près de 20% de DDD de BZD en moins que le groupe contrôle, ce qui suggère un gain relatif supplémentaire associé à l'intervention.

En VD, le graphique montre une situation différente au départ : les médecins du groupe intervention présentent des niveaux nettement plus élevés que ceux du groupe contrôle. La baisse observée dans le groupe intervention est ensuite particulièrement importante : la consommation diminue fortement au fil des années jusqu'à rejoindre les niveaux du groupe contrôle en 2024. Cette convergence est cohérente avec une correction des pratiques dans un sous-groupe initialement plus prescripteur, et plaide pour un impact substantiel de l'intervention dans la réduction de l'exposition BZD là où le potentiel de réduction était le plus élevé.

Globalement, les deux séries (contrôle et intervention) baissent en parallèle, ce qui est compatible avec un contexte de tendance générale à la baisse. Toutefois, le fait que la courbe d'intervention descende davantage (GE) ou rattrape un niveau initialement plus élevé (VD) est compatible avec un effet additif de l'intervention (cercles de qualité thématiques) par rapport à la tendance de fond.

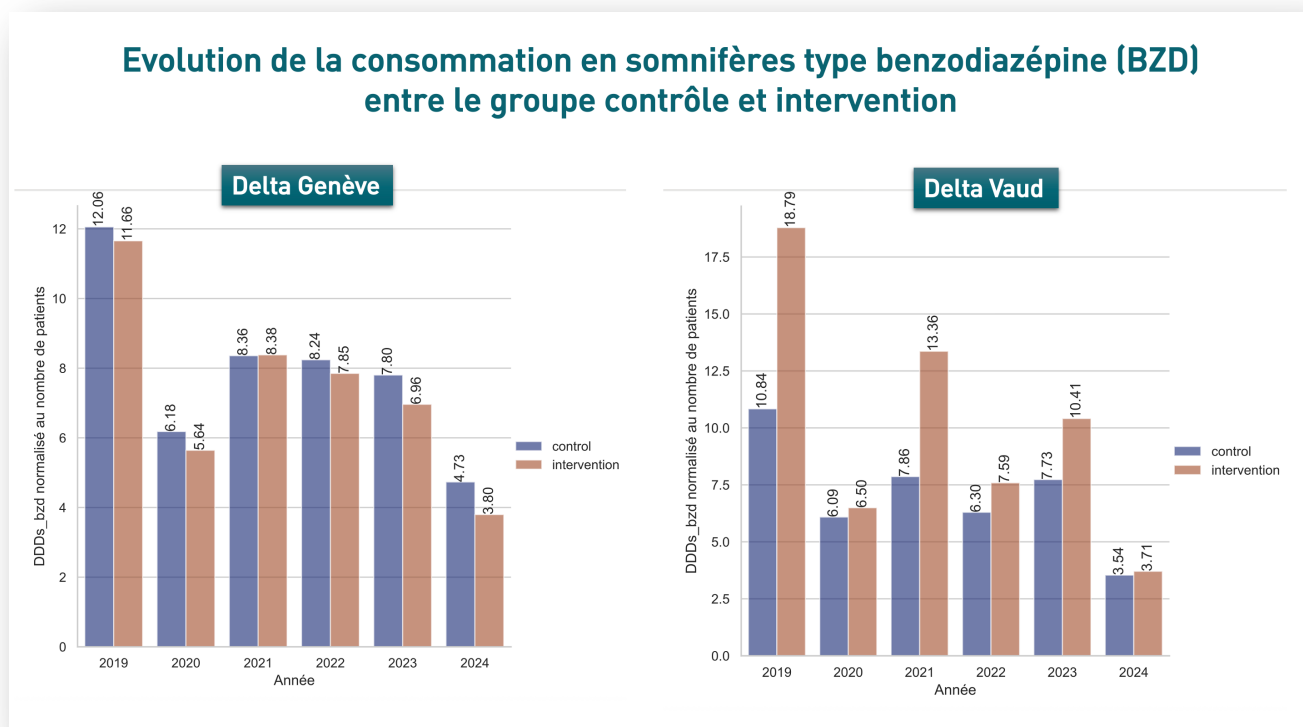


Figure 4 Graphique de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine (BZD) chez la patientèle Delta âgée de plus de 65 ans entre 2019 et 2024 pour VD et GE, illustrant la différence entre le groupe contrôle et intervention

Pour les détails des résultats voir Annexe 1.

Rapport d'analyse à l'attention des médecin

Un rapport prototype (1 pages A4) à l'intention des médecin a été élaborer sur la base des analyses des prescriptions médicamenteuses BZD. Il inclut des données épidémiologiques de sa patientèle liées à la thématique ainsi que des données comparatives (*benchmark*) à son CQ et au canton respectif notamment). Voir Figure 5.

Prototype du rapport pdf pour médecins (envoi manuel par courriel)

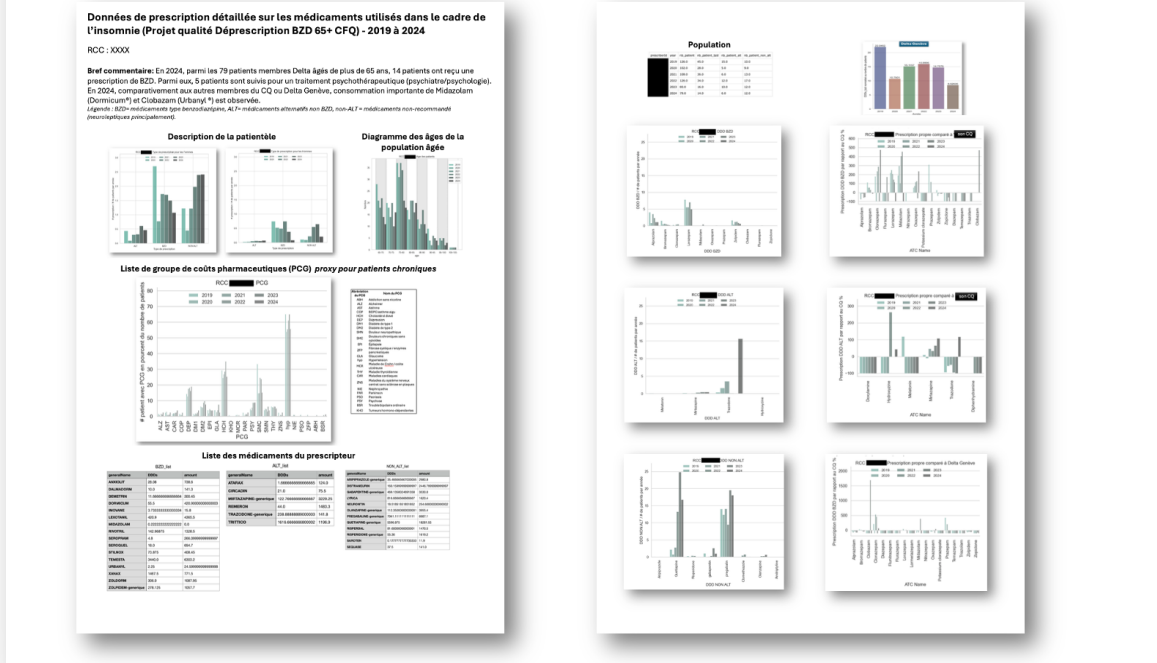


Figure 5 Prototype du rapport PDF pour médecins (actuellement envoi manuel par courriel)

Éléments de suivi électronique mis directement à disposition

L'expérience montre que, pour être réellement lu et utilisable par des médecins déjà fortement sollicités par de multiples flux d'information, un document doit privilégier une structure épurée, des messages-clés immédiatement identifiables et un nombre limité d'indicateurs. Dans cette optique, l'information à retourner en quelques clics sur DeltaData a été conçu comme un support court, ciblé et opérationnel.

Sur la base des données SASIS obtenues via les procurations signées par les médecins, trois niveaux de lecture sont retenus et mis en avant : (1) une vue cantonale (pourcentages par canton), (2) une vue par Cercle de qualité et (3) une vue individuelle (par médecin). Il convient toutefois de préciser que, à ce stade, l'interprétation au niveau des CQ est limitée par la couverture incomplète des procurations : l'ensemble des médecins rattachés à un même CQ n'ayant pas nécessairement signé, les résultats ne peuvent pas encore être considérés comme pleinement représentatifs du CQ. En conséquence, la vue CQ ne peut pas être considérée à ce stade.

Enfin, afin de tenir compte des effets de l'âge sur les profils de prescription et d'assurer une lecture homogène des résultats, la stratification démographique repose sur trois classes d'âge : 66–75 ans, 76–85 ans, et 86 ans et plus. Cette segmentation permet d'apprécier les tendances dans des groupes d'âge cliniquement pertinents, tout en conservant une granularité compatible avec un rapport court et synthétique.

ASPECT QUALITATIFS

Positionnement général dans une logique VBHC

Dans le cadre du projet qualité institutionnel « Déprescription BZD 65+ », le Réseau Delta a mis en place un dispositif de mesure des résultats et de l'expérience des patients selon les principes du *Value Based Health Care* (VBHC).

L'objectif principal de ce volet est :

- Évaluer les attitudes des patients envers la déprescription de médicaments de type benzodiazépine (somnifères)
- Mesurer leur qualité de vie liée à la santé (HRQoL)
- Documenter leur expérience du processus de déprescription (information, participation, coordination, expérience).

Pour cela, le projet utilise trois PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) validés scientifiquement et un PREM (*Patient-Reported Experience Measure*) spécifique.

L'ensemble du dispositif est couvert par l'autorisation éthique CCER GE Req-2023-00474 et a été coconstruit avec l'aide de deux patients partenaires (Philippe A., 86 ans, GE ; Christine B., 71 ans, VD), ce qui renforce la pertinence clinique et la validité du contenu.

PROM utilisés dans le projet

rPATD – Perception de la déprescription des benzodiazépines[18]

Instrument : rPATD (*revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing*), version adaptée aux médicaments de type benzodiazépine.

Nombre d'éléments : 22 questions

Les mesures sont les suivantes :

- Attitudes générales vis-à-vis de la déprescription
- Perception des bénéfices et risques
- Confiance dans le médecin
- Ambivalence et peur du changement de traitement
- Préférences en matière de participation aux décisions

Ce questionnaire permet d'identifier les freins et leviers individuels à la déprescription (croyances, attentes, inquiétudes), les sous-groupes de patients potentiellement plus réticents (profil psychologique, niveau de dépendance perçue) ainsi que les dimensions qui évoluent en parallèle d'une réduction effective de la consommation de BZD.

EQ-5D-5L – Qualité de vie liée à la santé (PROM générique)

Instrument : EQ-5D-5L, version suisse (enregistrée sous l'ID EuroQol 59494).

Nombre d'éléments :

5 dimensions (mobilité, autonomie, activités habituelles, douleur/inconfort, anxiété/dépression), chacune en 5 niveaux avec échelle visuelle analogique (EQ-VAS) auto-évaluée.

Ce questionnaire mesure la qualité de vie liée à la santé (HRQoL), utilisé internationalement et permettant une comparaison entre population. L'EQ-5D permet d'apprécier l'état de santé global des patients de 65 ans et plus exposés ou non aux BZD, d'évaluer l'évolution de la qualité de vie après déprescription ou réduction de dose et produire des indices utilité utilisables pour des analyses économiques (QALYs, coût-utilité) dans une perspective d'économie de la santé

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9

Instrument : *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) [19]

Nombre d'éléments : 9 questions.

Mesure l'intensité des symptômes dépressifs (et, indirectement, anxieux), sur les 2 dernières semaines.

Le PHQ-9 a plusieurs fonctions :

- Caractériser le profil psychique des patients BZD vs non-BZD (les BZD étant souvent prescrites dans un contexte d'anxiété/insomnie)
- Ajuster l'interprétation des résultats (par exemple distinguer l'effet de la déprescription de l'effet d'un trouble dépressif sous-jacent)
- Détecter d'éventuelles aggravations cliniques lors du sevrage pour orienter vers une prise en charge adaptée (ex: TCC-I, soutien psychologique).

Sur le plan statistique, il fournit un score continu utilisable comme co-variable dans les modèles (ajustement pour la sévérité dépressive), ou comme *outcome* complémentaire (évolution des symptômes en lien avec la réduction des BZD).

D'autres questionnaires sur la thématique notamment DBAS-16/CAS-16 Questionnaire Échelle des Croyances et Attitude dysfonctionnelle à propos du sommeil ont été mis à disposition mais nous n'avant pas rencontré de demandes (licence en cours). Les questionnaires sont disponibles pour les patients directement sur le site <https://www.mapi-trust.org>.

Mesures de l'expérience rapportée par les patients (PREM- Patient-Reported Experience Measures)

En complément des PROM, un PREM spécifique a été développé pour mesurer l'expérience des patients vis-à-vis du processus de déprescription des BZD.

Le PREM couvre quatre dimensions principales :

- Information reçue
- Participation aux décisions
- Coordination entre intervenants
- Expérience globale du processus

En pratique, il s'agit de questionnaire court (<20 questions) avec un temps de remplissage estimé à 2–10 minutes. Le format est principalement fermé (échelles de type Likert), avec éventuellement quelques champs libres pour commentaires. Conçu pour être administrable en routine dans les cabinets et via SOKLE sans charge excessive.

Ce PREM permet potentiellement :

- D'évaluer dans quelle mesure la déprescription est vécue comme un processus centré sur le patient,
- D'identifier les points de rupture organisationnels (information insuffisante, coordination déficiente),
- De relier les dimensions d'expérience aux résultats cliniques et de prescription.

Sur le plan de la qualité, en théorie, il fournit des indicateurs directement actionnables pour les professionnels de santé.

Les *outcomes* documentés sont :

- **Engagement des professionnels** : montée en charge des CQ (passé de 22 à plus de 40), taux de participation élevés aux webinaires TCC-I (>70 % des inscrits), intérêt soutenu pour la thématique dans les retours qualitatifs.
- **Engagement des patients** : taux de réponse postal modeste mais acceptable (3,4 %) au vu du sujet sensible et de l'âge cible, avec un nombre absolu de PROM/PREM permettant des analyses qualitatives et descriptives robustes. C'est un nombre élevé pour une première.
- **Acceptabilité et faisabilité** : la combinaison CQ + audit/feedback + outils pratiques + campagne média a pu être mise en œuvre dans deux cantons, sur plusieurs années, sans signal majeur de rejet de la part des médecins ou des patients (au contraire, les indicateurs de fréquentation montrent un intérêt réel).

En revanche, aucune estimation chiffrée consolidée de la réduction des DDD de BZD ou de la baisse de la prévalence d'utilisateurs chroniques stricte ne peut être fournis. Des corrélations peuvent être toutefois justifiées. Des nouvelles analyses sont planifiées à partir des données 2019–2024 dès que l'accès complet via les assureurs et, le cas échéant, SASIS SA sera garanti.

En résumé, le projet qualité « Déprescription BZD 65+ » ne se limite pas à mesurer une baisse de consommation médicamenteuse (DDD BZD) mais intègre un véritable volet VBHC, structuré autour de :

- PROM spécifiques et génériques (rPATD, EQ-5D-5L, PHQ-9) pour quantifier l'attitude, la qualité de vie et l'état psychique des patients seniors concernés
- PREM ciblé sur l'expérience du patient
- Intervention multimodale adaptée aux ≥65 ans,
- Intégration IT permettant de relier ces mesures aux données de prescription dans DeltaData.

Ce dispositif offre une base robuste pour évaluer non seulement l'efficacité de la déprescription (réduction d'exposition) mais également sa valeur pour les patients (qualité de vie, expérience) et à terme, conduire des analyses économiques de type coût-utilité fondées sur des QALYs dérivés de l'EQ5D.

2.3 Qualité des données et limites

2.3.1 Qualité des données de prescription

Les données de facturation *Managed Care* mises à disposition via les assureurs partenaires sont structurées et standardisées (codage ATC des spécialités, conversion en DDD, variables PCG fait manuellement car les organismes de l'Autorité ne possède pas ces bases de données spécifique sur cette thématique) ce qui permet de construire des indicateurs robustes de consommation médicamenteuse et de comparer les évolutions dans le temps et entre sous-groupes. Cependant, leur qualité reste fortement dépendante des conventions bilatérales avec chaque assureur et de leur interprétation du cadre légal (LAMal, LPD). La non-transmission partielle ou totale des données de prescription par certains partenaires (ou des retards importants) induit une couverture incomplète de la patientèle Delta et expose à un risque de biais de sélection : les assurés couverts par des assureurs coopérants sont sur-représentés dans les analyses, ceux d'assureurs non-coopérants sous-représentés. Selon le profil de ces portefeuilles (âge, morbidité, niveau socio-économique, modèle d'assurance), ce biais peut affecter à la fois les niveaux absolus de consommation et l'estimation de l'effet de l'intervention. Ce risque devra être quantifié explicitement lors des analyses finales avec des données complémentaire.

2.3.2 Questionnaires PROM/PREM

Le recours à des questionnaires validés internationalement (rPATD, EQ-5D-5L, PHQ-9) et à une plateforme spécifique dédiée (SOKLE, sous-traitant pour le Réseau Delta) constitue un atout méthodologique important : les instruments ont des propriétés psychométriques établies, permettent des comparaisons externes et s'intègrent dans une logique VBHC. La collecte multimodale (papier, électronique, téléphone) limite partiellement le biais de couverture dans une population âgée. Néanmoins, les taux de réponse observés restent faibles (faible proportion d'assurés ≥ 65 ans s'inscrivant sur SOKLE et complétant l'ensemble des questionnaires), avec une auto-sélection marquée des participants (patients plus sensibilisés, plus préoccupés par leur sommeil, plus à l'aise avec l'écrit ou le numérique). En conséquence, l'échantillon PROM/PREM ne peut pas être considéré comme représentatif de l'ensemble des assurés Delta ≥ 65 ans, ce qui limite la validité externe des résultats. Dans le présent rapport, ces données doivent donc être interprétées comme une photographie détaillée d'un sous-groupe engagé, utile pour comprendre mécanismes, attitudes et expériences, mais moins pour estimer des prévalences ou des effets moyens populationnels sans ajustements statistiques appropriés.

2.3.3 Traçabilité du « parcours » communication → comportement.

La campagne de communication repose sur un mix complexe (affichage, presse, digital, publipostage, événements, relais en cabinets et pharmacies). Le bilan de communication permet de documenter la portée globale (contacts, impressions, fréquentation des événements, inscriptions sur SOKLE), mais la traçabilité fine du parcours individuel reste limitée. En l'absence d'outils de suivi intégrés (ex: QR codes ou URLs distinctes par canal, identifiants de campagne reliés à SOKLE/DeltaData), il n'est pas possible de relier de façon robuste : (1) l'exposition d'une personne à un canal donné, (2) sa participation ultérieure à un événement ou à un questionnaire, et (3) une modification ultérieure de prescription ou de comportement. Les analyses restent donc essentiellement écologiques (corrélations temporelles et par groupe) et ne permettent pas d'inférer un chaînage causal spécifique entre un vecteur de communication particulier et un changement observé dans les données

de prescription. Cela signifie donc que l'estimation de l'« effet marginal » de la campagne, et a fortiori des différents canaux, doit être interprétée avec prudence et plutôt considérée comme hypothèse plausible que comme démonstration causale.

3 Déroulement du projet et leçons apprises

3.1 Chronologie

Les Figures 5 et 6 résume la chronologie des étapes du projet qualité Déprescription BZD 65+

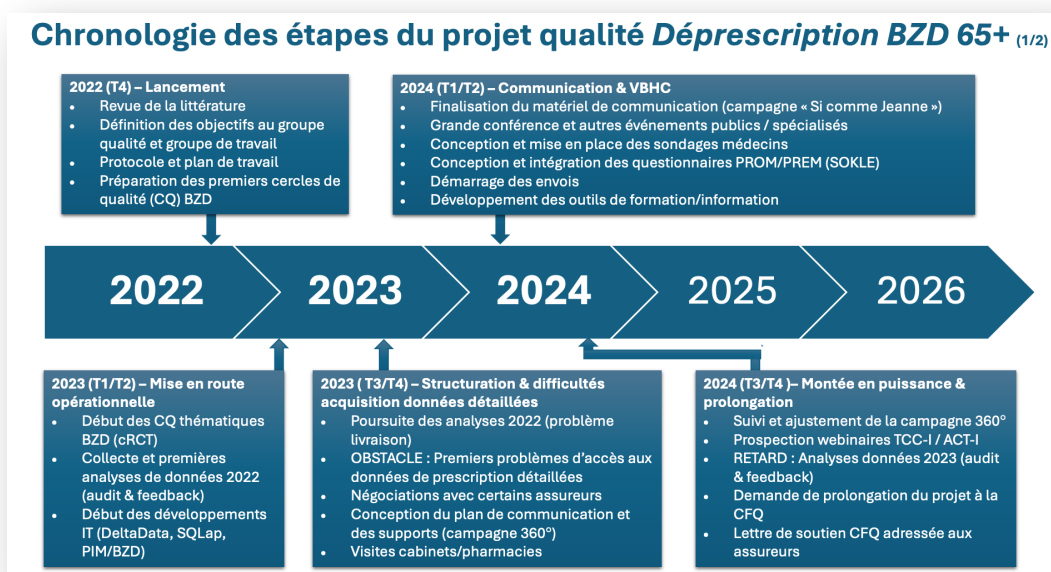


Figure 6 Chronologie des étapes du projet qualité Déprescription BZD 65+ (2022 - 2024)

Chronologie des étapes du projet qualité *Déprescription BZD 65+* (2/2)

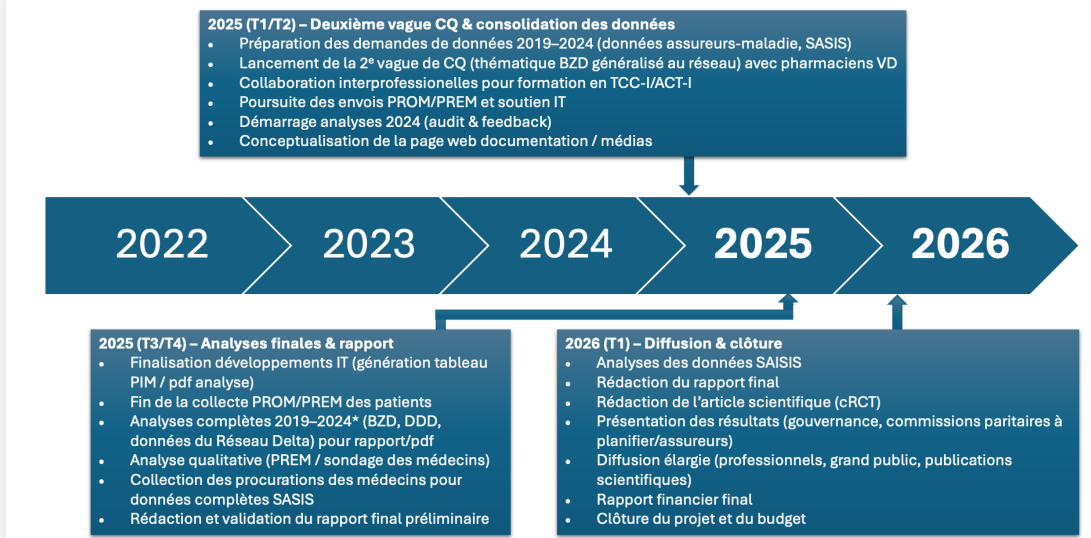


Figure 7 Chronologie des étapes du projet qualité *Déprescription BZD 65+* (2025 - 2026)

3.2 Principales difficultés

3.2.1 Compétences et ressources IT internes

Le recrutement puis le maintien de développeurs capables de gérer des flux de données complexes (multiples assureurs, plateforme DeltaData, facturation, prestataire SQLap, interface SOKLE) se sont révélés plus difficiles que prévu. La combinaison d'une forte charge de travail, d'un marché du travail IT tendu et de plusieurs rotations de personnel (départs, fin de contrats, changements de cahier des charges) a entraîné une instabilité des compétences-clés. Concrètement, cela s'est traduit par des retards dans :

- L'intégration des nouvelles structures de données fournies par les assureurs
- Le développement des modules PIM/BZD
- La mise en place de tableaux de bord (interactif) et production de rapport des prescriptions médicamenteuse sous format PDF.

Ces retards ont, à plusieurs reprises, nécessité de replanifier les livrables et ont généré un risque de dépassement budgétaire dans le volet IT.

Infrastructure technique limitée

Au-delà des ressources humaines, certaines contraintes techniques ont freiné la productivité :

- Limitation des accès au serveur
- Infrastructures analytiques (acquisition de licence institutionnelle,...) mises en place avec retard

- Contraintes de sécurité qui ont nécessité des procédures lourdes pour les exports et l'anonymisation.

Si ces contraintes sont légitimes en termes de sécurité, elles ont augmenté la latence entre réception des données et production de retours à l'attention des médecins.

3.2.2 Transmission irrégulière des données par les assureurs.

Sur le plan externe, l'obstacle majeur a été la transmission irrégulière – voire refusée – des données assurantielles par certains partenaires. Après l'entrée en vigueur de la nouvelle LPD, plusieurs assureurs ont restreint ou suspendu la mise à disposition de données médicamenteuses anonymisées, alors même qu'elles étaient historiquement transmises dans le cadre des contrats *Managed Care* et malgré la rédaction de la lettre de soutien de la CFQ.

En pratique :

- Un assureur important a opposé un refus définitif
- Plusieurs assureurs ont fourni les données avec des retards importants
- Certains assureurs de plus petite taille n'ont pas les compétences de s'occuper de ces aspects car soustraite une partie de leur travail. Des demande de changement génèrent inexorablement un besoin en ressources importants.

Ces décisions ont nécessité des négociations supplémentaires et même l'intervention formelle de la CFQ (lettre de soutien adressées à l'ensemble des assureurs-maladies) pour rappeler l'importance des données pour le projet. Malgré cela, la couverture reste inférieure à 95% de la patientèle Delta, créant :

- Risque de biais de sélection (certains portefeuilles d'assurés sont sur- ou sous-représentés)
- Instabilité temporelle des indicateurs (séries interrompues ou incomplètes)
- Impossibilité de documenter l'impact de l'intervention pour l'ensemble des médecins et des patients.

3.2.3 Ressources humaines, organisation et conjoncture du système de santé

Taille de l'équipe projet et ressources spécialisées

L'équipe dédiée au projet (notamment coordination, pharmacien, *data analyst*, communication, support SOKLE) a été dimensionnée en fonction des besoins de départ. La conjonction de plusieurs facteurs – surcharge de travail sur d'autres projets, absences, taux de rotation élevé du personnel – a parfois réduit la capacité effective disponible à certains moments.

Conjoncture RH dans les cabinets médicaux.

En parallèle, les cabinets de médecine de premier recours connaissent des périodes de forte tension en ressources humaines - RH (pénurie d'assistantes médicales, augmentation de la demande de soins, remplacements difficiles), un manque de temps pour s'occuper de ce type de problématique.

Cette conjoncture a limité :

- La disponibilité des médecins et des équipes pour s'engager dans des activités indirectement productives perçues comme telles (remplir des questionnaires, participer à des CQ supplémentaires, recruter des patients pour les PROM/PREM),
- La capacité à intégrer rapidement de nouveaux outils dans les workflows (agenda du sommeil, plans de sevrage, SOKLE).

Ces contraintes organisationnelles se sont ajoutées à la réorganisation interne du Réseau Delta et à la pression globale sur les coûts dans le système de santé suisse, constituant un contexte peu favorable à l'absorption de nouvelles charges de travail, même lorsqu'elles relèvent de l'activité clinique et de l'amélioration de la qualité des soins, et concernent en particulier la prise en charge directe de la population âgée (payeurs de primes).

Participation et engagement des patients et des médecins

Sous-engagement du public cible pour les PROM/PREM

Malgré un publipostage massif et une campagne 360°, la proportion d'assurés ≥65 ans qui s'inscrivent sur SOKLE, puis complètent les questionnaires PROM/PREM, reste modeste.

Plusieurs facteurs expliquant potentiellement ce sous-engagement peut être identifiés comme suit:

- Âge élevé, fracture numérique et réticence vis-à-vis des outils en ligne « *j'ai toujours fais comme cela, donc pourquoi changer* »
- Surcharge d'informations (multiplicité de campagnes de santé publique concurrentes)
- Absence de perception d'un bénéfice direct immédiat à répondre aux questionnaires (excepté concours tirage au sort)
- Manque d'intérêt ou de compréhension de l'objectif.

En conséquence, la base PROM/PREM est numériquement limitée et sujette à auto-sélection : les patients qui s'engagent sont souvent plus motivés, plus alphabétisés en santé et potentiellement plus sensibilisés au sujet du sommeil, ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Participation hétérogène des médecins

Si une proportion importante de médecins a participé aux cercles de qualité et utilisé la plupart des outils fournis, la participation n'est pas homogène. Quelques cercles ou cabinets ont peu ou pas participé, pour des raisons similaires :

- Contraintes de temps
- Surcharge clinique
- Perception d'une priorité moindre du thème par rapport à d'autres enjeux (ex: charge administrative, autres programmes qualité).

Ceci peut engendrer des variations d'exposition à l'intervention au sein même des groupes analysés et une possible sous-estimation de l'effet réel chez les médecins pleinement engagés.

Barrières patient/public et réponses de l'intervention multimodale

Au-delà des aspects IT et organisationnels, le projet a dû répondre à des barrières comportementales bien documentées chez les patients et le public, en s'appuyant sur la littérature [5]:

1. Réticence au sevrage et pression sociale (méconnaissance)

- Peur de l'insomnie de rebond, souvenirs de tentatives de sevrage infructueuses, inquiétude d'une aggravation de l'anxiété ou des symptômes somatiques.
- Pressions familiales ou sociales pour « continuer le somnifère » par crainte d'un mauvais sommeil.

Réponse de l'intervention

- Promotion de la prise de décision partagée (PDP) lors des consultations : discussion explicite des avantages/inconvénients, possibilité d'ajuster le rythme, voire de différer la déprescription si le patient ne se sent pas prêt.
- Matériel de support au médecin pour structurer cette PDP (plans de sevrage personnalisés, agenda du sommeil).

2. Croyances fortes dans l'efficacité / nécessité du médicament et faible perception des risques à long terme

Les patients valorisent le bénéfice immédiat (s'endormir – état amnésique) et minimisent les risques futurs (chutes, déficits cognitifs, dépendance).

Réponse de l'intervention

- Brochures et supports inspirés des interventions « EMPOWER » avec explication claire des risques (visuels, exemples concrets),
- Mise en évidence des conséquences à long terme
- Témoignages et comparaisons sociales pour normaliser la démarche de sevrage.

3. Perception de la thérapie cognitivo-comportementale/d'acceptation et d'engagement pour l'insomnie (TCC-I/ACT-I) comme exigeante et difficile d'accès

Pour beaucoup de seniors, la TCC-I/ACT-I est perçue comme un traitement « lourd », nécessitant du temps, des déplacements et un haut niveau d'engagement. Toutefois le nombre de séances nécessaire varie.

Réponse de l'intervention

- Positionnement de la TCC-I/ACTI comme traitement de première ligne de l'insomnie, mais avec déclinaison en formats plus accessibles (notamment ressources, techniques intégrées dans les brochures, autosurveillance via l'agenda du sommeil)
- Formation spécifique adaptée
- Explication des bénéfices à long terme et du fait que l'effort initial peut réduire la dépendance médicamenteuse.

4. Manque de soutien social pour la déprescription

Certains patients manquent de soutien de la part de leur entourage (famille, proches) pour changer de traitement.

Réponse de l'intervention

- Communication écrite structurée (lettre explicative, plan de sevrage) que le patient peut partager avec ses proches,
- Implication des pharmaciens et assistantes médicales comme soutien pratique de proximité, capables de rappeler les objectifs, d'encourager et d'ajuster le plan de sevrage au quotidien.

Finalement, globalement, le projet s'est heurté à une triple série d'obstacles :

Techniques et données : forte dépendance aux assureurs pour l'alimentation de DeltaData, ressources IT limitées et instables, contraintes d'infrastructure.

Organisationnels et RH : taille réduite de l'équipe projet, réorganisations internes, tension RH dans les cabinets médicaux.

Comportementaux : réticence (manque de compréhension des risques) des patients à la déprescription, sous-engagement dans les PROM/PREM, participation hétérogène des médecins.

L'intervention multimodale (CQ + audit/feedback + outils cliniques + campagne 360° + PROM/PREM) a apporté des réponses partielles à ces obstacles – notamment sur le plan des attitudes et du soutien au changement – mais n'a pas pu lever entièrement les limitations structurelles liées aux données et à la conjoncture du système de santé. Ces éléments constituent des points de vigilance et des axes d'amélioration pour la pérennisation et la reproductibilité du modèle.

3.3 Leçons apprises

3.3.1 Gouvernance des données : un prérequis absolu

Même dans un environnement *Managed Care*, l'accès régulier aux données de facturation n'est pas automatique. Il dépend d'accords explicites avec chaque assureur-maladie, qui doivent être juridiquement robustes, techniquement opérationnels et réévalués en continu. Les changements réglementaires (cf. LPD), les migrations de systèmes ou les nouvelles priorités des caisses ou du Réseau peuvent interrompre ou dégrader les flux et retarder l'évaluation. Sans gouvernance institutionnelle forte des données, un projet qualité reste structurellement fragile.

3.3.2 Infrastructures IT et interopérabilité : condition pour passer de l'essai à l'échelle

Les interventions fondées sur l'audit/feedback, les tableaux de bord et l'intégration de PROM/PREM reposent sur une architecture IT stable, évolutive et interopérable. L'absence de standards réellement imposés (ex : interface FHIR) conduit à des intégrations hétérogènes, coûteuses et lentes. Tant que cette interopérabilité n'est pas assurée, un volume important de travail manuel (collecte, nettoyage, chaînage, alignement sémantique) reste indispensable et doit être anticipé dans les ressources humaines notamment. Les retards de développement ou les changements de prestataires ont un effet systémique sur tout le projet (indicateurs, CQ, analyses finales). De plus, la collecte, le nettoyage, le chaînage et l'alignement sémantique des données nécessitent des interventions humaines importantes, chronophages et coûteuses. Cette réalité doit être intégrée dans le dimensionnement des ressources et dans la planification du calendrier des analyses.

3.3.3 Cadre réglementaire et mobilisation des acteurs : l'obligation ne suffit pas

L'obligation réglementaire ou contractuelle, à elle seule, ne suffit pas à mobiliser les assureurs ou les fournisseurs IT primaires. Pour prioriser les développements nécessaires, une approche « Carotte-Bâton-Muscle » pourrait s'avérer plus efficace : obligation claire, incitatifs ou reconnaissance visibles, et appui financier/opérationnel permettant d'absorber les coûts de transformation. À défaut, les demandes qualité sont concurrencées par d'autres priorités internes et avancent lentement, malgré leur légitimité.

3.3.4 Indicateurs et audit/feedback : efficaces uniquement dans une intervention multimodale

Un indicateur pertinent ne change pas les pratiques par lui-même. L'expérience montre que l'audit/feedback isolé produit peu d'effets durables. Il devient un véritable levier lorsqu'il est intégré dans un dispositif structuré : formation clinique, discussion en cercle de qualité, outils de décision (plans de sevrage, algorithmes, documentation, littérature scientifique) et implication active du patient. Dans ce contexte, l'indicateur devient un support de dialogue, de comparaison entre pairs et de décision, plutôt qu'un simple outil de mesure.

3.3.5 Organisation des cercles de qualité : un format puissant mais hétérogène

Les cercles de qualité se sont révélés un vecteur central d'appropriation des données et d'échange de pratiques, mais leur impact dépend fortement de leur mise en œuvre. On observe une grande variabilité de forme (lieu, taille du groupe, style d'animation, durée, intégration des données DeltaData). Une préparation rigoureuse (supports standardisés, cas cliniques, données adaptées au groupe) et une animation active sont nécessaires pour tirer pleinement parti du format et éviter que certains CQ restent au stade d'échanges informels peu orientés vers l'action.

3.3.6 Interprofessionnalité et formation terrain : des catalyseurs de changement

L'implication conjointe des médecins, pharmacien(ne)s, psychothérapeute (TCC-I) et assistantes médicales est un levier majeur de réussite. La formation ne peut pas se limiter à des courriels ou documents : les visites physiques en cabinets et pharmacies, les sessions interprofessionnelles et la disponibilité du matériel dès le début de l'initiative sont déterminants. Quand tous les acteurs partagent le même message, connaissent les outils et comprennent leur rôle dans le sevrage, la cohérence perçue par le patient et l'adhésion des équipes augmentent (effet boule de neige).

3.3.7 Outils standardisés à forte valeur pratique : accélérateurs d'implémentation

Les brochures patients, plans de sevrage, journal du sommeil, fiches explicatives et supports de consultation réduisent la charge cognitive des professionnels et rendent le changement immédiatement actionnable. Leur standardisation et leur alignement avec les recommandations permettent un déploiement rapide, homogène et répliquable. Testés auprès des utilisateurs finaux (patients, médecins, pharmaciens), ces outils deviennent un socle commun qui stabilise les pratiques et facilite la diffusion de l'intervention.

3.3.8 Communication 360° : penser en « funnel » et ne pas sous-estimer la diffusion

Une stratégie de communication 360° est pertinente, mais son utilité clinique n'est tangible que si elle est conçue comme un entonnoir : exposition → engagement → intention → action → impact mesurable. Il est également apparu que le budget doit privilégier la diffusion et les ressources humaines nécessaires à la diffusion plutôt que la seule création de contenus, sans quoi la portée réelle reste limitée malgré des supports de grande qualité.

3.3.9 VBHC (PROM/PREM) chez les seniors : faisable, mais sur un sous-groupe engagé

L'usage de PROM/PREM chez les ≥65 ans est réaliste et apporte une vraie valeur ajoutée pour comprendre l'impact de la déprescription sur la qualité de vie et l'expérience des soins. Toutefois, il exige des supports pédagogiques simples, des aides (cabinet, pharmacie, proches), des relances et une logistique bien cadrée. Les taux de réponse restent modestes et marqués par l'auto-sélection. Ces données décrivent surtout un sous-groupe motivé et doivent être interprétées comme un complément qualitatif et holistique, plutôt que comme un reflet de toute la population. Répéter les mesures à intervalle régulier (6 ou 12 mois) permet un suivi adéquat.

3.3.10 Relation directe avec les patients : clé de la sensibilisation et de l'acceptabilité

Compter uniquement sur les médecins pour relayer massivement les messages de campagne et atteindre la patientèle s'est avéré inefficace. Les cabinets médicaux étant soumis à une forte pression de temps et de bureaucratie, les messages n'ont pas pu passer en temps voulu ou ont été reportés. Les contacts directs avec les patients (courrier publipostage, supports en pharmacies et institutions, conférences publiques) se sont montrés plus efficaces pour initier la réflexion sur les BZD et légitimer la discussion avec le médecin. Combinés à la prise de décision partagée, ils créent un contexte où la déprescription est perçue non comme une injonction, mais comme une démarche cohérente et négociée.

4 Évaluation de l'ensemble du projet (incl. contribution aux objectifs quadriennaux)

Contribution du projet « Déprescription BZD 65+ » aux objectifs quadriennaux 2025–2028

Efficace : le projet déploie une intervention multimodale fondée sur des approches reconnues de changement de pratique (cercles de qualité thématiques, audit/feedback, outils standardisés et alternatives non pharmacologiques), avec un objectif explicite de réduction de 20 % de la prescription globale et de l'usage prolongé chez les 65+.

Sécurité : la cible clinique porte sur un groupe de médicaments à haut risque chez les seniors. La réduction attendue des prescriptions inappropriées vise directement une diminution de chutes, fractures, troubles cognitifs et dépendance, en renforçant des parcours de sevrage progressifs et sécurisés.

Système centré sur le patient : la campagne et les modules SOKLE/DeltaData intègrent la perspective patient via les questionnaires PROM/PREM et sur l'attitude face à la déprescription, tout en utilisant un message public non culpabilisant et orienté solutions.

Intégration : l'approche est intrinsèquement interprofessionnelle (médecins, pharmaciens, assistantes médicales, psychothérapeutes TCC-I, établissements médico-sociaux) et cherche à articuler actions cliniques, données, et engagement du public dans une logique de parcours.

1) Culture

C1 – La mise en place d'une culture juste progresse

Le projet contribue à une culture de qualité non punitive et orientée formation continue. Les cercles de qualité offrent un espace sécurisé de discussion entre pairs autour d'un sujet fréquemment sensible en pratique (sommifères, dépendance, anxiété et insomnie), en mettant l'accent sur les bénéfices attendus pour la sécurité du patient et sur des alternatives réalistes. L'adossement à une campagne grand public centrée sur des situations vécues (« Si comme Jeanne») favorise une approche empathique et déstigmatisante du sevrage.

C2 – Les fournisseurs de prestations utilisent un système interne de rapports et de formation continue approprié

Le Réseau Delta mobilise une dynamique structurée d'amélioration continue : groupe de travail qualité, formation continue, mise à jour itérative des supports cliniques et développement d'un dispositif d'audit/feedback intégré aux outils internes. Cet écosystème soutient la consolidation d'un apprentissage régulier autour des prescriptions potentiellement inappropriées, au-delà du seul thème des BZD.

2) Gouvernance

G1 – Le leadership pour la qualité est renforcé à tous les niveaux

Le projet a stimulé un leadership clinique et organisationnel sur un enjeu prioritaire de sécurité médicamenteuse en ambulatoire. Il a structuré un portage médical-pharmaceutique explicite, renforcé par le Réseau et par l'extension progressive des cercles médecins-pharmaciens dans les deux cantons. Cette gouvernance partagée favorise une appropriation locale tout en maintenant une cohérence stratégique.

G2 – Les fournisseurs exploitent un système approprié de gestion de la qualité.

L'institutionnalisation visée de l'audit/feedback dans DeltaData, combinée aux CQ récurrents et à l'outillage clinique standardisé, constitue un modèle opérationnel de gestion de la qualité en soins ambulatoires. Le projet renforce la capacité du réseau à piloter des indicateurs médicamenteux (PIM/BZD) de manière routinière et actionnable.

3) Prise de décision fondée sur des données probantes

P1 – Le système national de monitoring est mis en place et exploité.

À l'échelle d'un réseau *Managed Care*, le projet constitue une expérience pilote concrète de monitoring des prescriptions en vie réelle. Il met en évidence les conditions nécessaires à un système plus large : gouvernance des données, accords assureurs, standardisation des flux et capacité de BI. Les difficultés rencontrées (fragmentation, retards d'accès aux données, dépendance à des prestataires) fournissent des enseignements directement transférables à la mise en place d'un monitoring à échelle nationale.

P2 – Une vue d'ensemble des connaissances relatives à la qualité est consultable.

Le développement de tableaux de bord PIM/BZD dans DeltaData, avec des niveaux de lecture individuels et agrégés (médecin/CQ/canton), préfigure une logique de transparence graduée et d'aide à la décision. Même si le projet ne produit pas un tableau de bord national, il propose un prototype pragmatique de ce que pourrait être une visualisation utile, clinique et orientée action pour les prescripteurs.

4) Système centré sur le patient

CP1 – La position des patients et associations de patients est renforcée.

Le projet renforce l'agentivité des seniors et de leurs proches en leur donnant un langage simple pour aborder le sujet, des supports de compréhension des risques et des outils concrets (brochures, agenda du sommeil, questionnaires de perception de la déprescription). La campagne a touché massivement la population cible et a généré une mobilisation mesurable via SOKLE/DeltaData.

CP2 – L'interaction patient-professionnels est centrée sur le patient.

En combinant outils de consultation, plans de sevrage et alternatives non médicamenteuses (dont TCC-I/ACT-I), le projet soutient une décision partagée autour du sommeil. L'intégration des PROM/PREM offre une base structurée pour que l'expérience et les résultats perçus par les patients deviennent des éléments actifs de la relation thérapeutique. Les volumes de recrutement illustrent la faisabilité de cette approche en vraie vie (57'174 courriers, 1'951 inscriptions, 1'482 kit de communication envoyés au professionnels de santé, 1'847 questionnaires remplis par des patients).

5) Sécurité des patients

SP1 – Les fournisseurs exploitent un système de gestion des risques cliniques.

Le projet agit comme une intervention ciblée de réduction d'un risque iatrogène fréquent en ambulatoire. Les CQ et le feedback de données constituent une boucle structurée d'identification–analyse–action sur les prescriptions potentiellement inappropriées. L'extension planifiée des outils de suivi (PIM/BZD) renforce une approche systémique de gestion du risque médicamenteux.

SP2 – La gestion des risques au niveau national est mise en place et fonctionne.

Bien que l'action soit régionale et centrée sur un réseau, le projet apporte une contribution importante par transférabilité : il démontre la pertinence d'une stratégie multimodale, documente les obstacles structurels (accès aux données, interopérabilité) et propose implicitement des solutions organisationnelles et techniques qui peuvent inspirer un déploiement national (standards, interfaces, gouvernance des flux assureurs–prestataires).

En cohérence avec les objectifs quadriennaux 2025–2028, le projet contribue simultanément à tous les objectifs, soit à la culture de qualité, au renforcement de la gouvernance, à la décision fondée sur des données probantes, au centrage patient et à la sécurité. Il agit comme démonstrateur « proof of concept » d'une intervention ambulatoire multimodale de réduction d'un médicament à haut risque chez les 65+, combinant cercles de qualité, audit/feedback, outils cliniques standardisés, campagne 360° et intégration du VBHC (questionnaires PROM/PREM). Les réalisations déjà obtenues (CQ, mobilisation interprofessionnelle, déploiement massif de la communication et collecte des données patient) soutiennent un potentiel d'impact élevé et un modèle transférable à d'autres thématiques de prescriptions inappropriées.

4.1 Pertinence

La pertinence du projet tient au fait qu'il répond simultanément à un problème de sécurité (BZD à haut risque), à un enjeu de pertinence des soins (PIM chez les ≥65 ans), à une exigence d'efficacité/efficience (réduction

d'une consommation à faible valeur ajoutée) et à une ambition de centrage sur le patient (participation, PROM/PREM, décision partagée), dans un cadre *Managed Care* qui permet de mesurer et de suivre ces dimensions de manière structurée.

4.2 Efficacité

L'évaluation de l'efficacité de ce projet qualité doit distinguer clairement deux niveaux :

- L'efficacité d'implémentation des composantes prévues
- L'efficacité clinique sur les indicateurs cibles (consommation de BZD et usage chronique).

4.2.1 Efficacité d'implémentation

Sur le plan de la mise en œuvre, le projet peut être considéré comme largement efficace :

Les cercles de qualité (CQ) thématiques BZD ont été déployés dans les deux cantons, avec une participation substantielle des médecins de premier recours. La modalité CQ est installée et opérationnelle comme vecteur de réflexion collective et de diffusion des bonnes pratiques.

L'infrastructure IT nécessaire a été mise en place : adaptation de DeltaData, développement des premiers modules PIM/BZD, structuration des flux d'export et préparation des futurs tableaux de bord par médecin / cercle / canton. Malgré des retards et des contraintes liées aux ressources et aux assureurs, les briques techniques permettant un audit/feedback régulier sont fonctionnelles.

La campagne de communication 360° a été effectivement déployée (cabinet, pharmacies, institutions, médias grand public, canaux digitaux), atteignant un volume d'exposition et un maillage territorial cohérents avec les objectifs initiaux.

Un échantillon de patients de 65 ans et plus a été recruté pour documenter les PROM/PREM, permettant de tester et d'ancrer en pratique la composante VBHC du projet (mesure structurée des résultats et de l'expérience patient).

À ce niveau, les objectifs d'implémentation peuvent être considérés comme atteints ou en voie d'achèvement et les conditions sont réunies pour implémenter de manière robuste l'effet du dispositif sur les pratiques de prescription.

4.2.2 Efficacité clinique sur les indicateurs cibles

Les objectifs d'efficacité clinique portaient principalement sur :

- Une réduction d'au moins 20 % de la consommation de BZD en DDD chez les assurés Delta de 65 ans et plus
- Une diminution de la prévalence d'utilisateurs chroniques de BZD dans cette population

Les analyses descriptives suggèrent une diminution importante des volumes de BZD et une évolution globalement favorable des profils de prescription, mais :

- L'effet net de l'intervention ne peut pas être isolé de manière robuste à cause d'autres facteurs contextuels non maîtrisables (tendance générale à la baisse à cause des pénurie, autres

campagnes/initiatives de déprescription, évolutions du marché, changement de portefeuille d'assureurs, changements d'assurance-maladie des patients, etc.).

- Après analyse des données SASIS, il s'avère que leur set de données est particulièrement limité pour effectuer des analyse détaillée individualisée (pas de données réellement individualisable – uniquement une tranche d'âge dès 66 ans, manque de GLN du prestataire de soins). Une tendance globale de marché (pseudo contrôle) a cependant pu être mis en évidence grâce aux données anonymisées (VD/GE/CH).
- Au niveau de la chronicité (présence de BZD durant plusieurs trimestres), il a été observé qu'entre 2022 et 2024, le nombre de patients ayant des BZD durant 1 ou 2 trimestres a diminué tandis que la proportion de patient ayant des BZD durant 3 ou 4 trimestres a quant à elle augmenté, particulièrement pour ceux qui en prennent toute l'année.
- Par définition, les données de facturation sont des proxy limités. Un médicament délivré n'est pas équivalent à un médicament prescrit ni consommé. Il convient également de rappeler que le contexte clinique du patient est inconnu.

Il est possible de conclure que:

- Le projet a créé les prérequis pour une évaluation rigoureuse (infrastructure de données, structuration par CQ, définition précise de la population, existence de séries temporelles)
- La preuve formelle d'efficacité de l'intervention multimodale ne peut pas être attestée sans les données 2025 de DeltaData notamment (à noter les limites liées à la couverture incomplète des assureurs). **Toutefois une tendance à la diminution des prescription a pu être prouvée.**
- En l'état le système de santé suisse ne permet pas de quantifier avec précisions et exactitude les effets d'une intervention ciblée. Ceci est notamment lié au manque d'accès complet aux données détaillées individualisées reliée à un GLN de prescripteurs.
- Le projet qualité a donc mis en évidence le rôle cruciale et essentiel de la mise à dispositions des données individuelles anonymisées

4.3 Adéquation

L'adéquation du projet avec les besoins du terrain apparaît élevée, tant du point de vue clinique qu'organisationnel.

Cliniquement, il cible directement une problématique prioritaire reconnue par les médecins et les autorités : la surconsommation de benzodiazépines chez les ≥65 ans, en dépit de recommandations concordantes contre leur usage prolongé. La combinaison de cercles de qualité, d'audit/feedback sur données réelles, d'outils cliniques standardisés (plans de sevrage, agenda du sommeil, fiches), d'une campagne de communication ciblée et de PROM/PREM est cohérente avec la complexité de la situation, en intégrant à la fois les freins des patients (peur du sevrage, attachement au médicament) et les contraintes des cabinets (charge de travail, fragmentation des données).

Sur le plan organisationnel, la participation active des médecins, malgré un contexte de forte pression, montre que l'intervention est perçue comme utile et faisable. Les formats choisis (CQ entre pairs, outils prêts à l'emploi, soutien des pharmaciens etc.) ont permis une mobilisation réelle : les médecins se sont engagés dans les CQ, ont testé les outils de sevrage et relayé les messages aux patients, signe d'un alignement avec leurs préoccupations quotidiennes plutôt qu'une énième injonction externe.

4.4 Sécurité

Le projet favorise la réduction de l'exposition à des PIM chez les seniors, en cohérence avec les critères Beers, Priscus, Laroche, et renforce la prise de conscience des risques (chute, confusion, dépendance).

Les interventions proposées (sevrage progressif, composantes de TCC-I, alternatives non pharmacologiques) sont conformes aux bonnes pratiques cliniques et n'introduisent pas de risques supplémentaires identifiables.

4.5 Centralisation sur le patient

Le projet « Déprescription BZD 65+ » est clairement patient-centré, en ce sens qu'il cherche autant à améliorer l'expérience et l'autonomie des seniors qu'à modifier les prescriptions. D'une part, l'intégration systématique de PROM et PREM place la voix des patients au cœur de l'évaluation : les PROM documentent, du point de vue des ≥65 ans eux-mêmes, l'effet de la déprescription et des alternatives sur la qualité de vie, les symptômes anxio-dépressifs et les attitudes vis-à-vis du changement de traitement ; le PREM spécifique au processus de déprescription renseigne sur la qualité de l'information, la participation aux décisions, la clarté du plan de sevrage et la cohérence perçue entre médecin, pharmacien et autres intervenants. La performance du projet est ainsi jugée à la fois sur la réduction des DDD et sur l'acceptabilité du changement pour les patients.

D'autre part, la communication avec les seniors est pensée pour être vulgarisée, non culpabilisante et orientée solutions : personnages comme « Jeanne » et « Luis », brochures, affiches, vidéos et conférences visent à dédramatiser l'insomnie (problème d'abord comportemental), expliquer les risques à long terme sans alarmisme et proposer des alternatives concrètes (hygiène du sommeil, TCC-I, sevrage progressif). Enfin, l'implication de patients-partenaires dans la conception des supports, des questionnaires et des plans de sevrage permet d'ajuster le langage, la longueur et la complexité des outils aux réalités des ≥65 ans souvent polymorbides. Cette co-construction renforce la légitimité du dispositif et augmente la probabilité que les outils soient réellement utilisés et suivis, condition essentielle pour que la déprescription soit un processus partagé plutôt qu'imposé.

4.6 Intégration des soins

Le projet « Déprescription BZD 65+ » contribue de manière significative à l'intégration des soins autour d'une thématique transversale – le sommeil et l'usage de benzodiazépines chez les personnes âgées – en mobilisant l'ensemble des acteurs clés du parcours ambulatoire et institutionnel.

D'un point de vue organisationnel, le projet qualité renforce théoriquement la coordination entre :

- Médecins de premier recours (pivot du modèle *Managed Care* Delta)
- Pharmacien(ne)s d'officine
- Assistantes médicales (interface opérationnelle avec les patients)
- Psychothérapeute (psychologues principalement) notamment ceux offrant de la TCC-I
- Institutions accueillant des personnes âgées (EMS, structures de santé mentale, autres établissements)
- Professionnels de santé et patientèle (informations/documentations pour amorce)

Les cercles de qualité thématique constituent un premier niveau d'intégration horizontale entre médecins et autres professionnels de santé : ils offrent un espace de discussion structuré sur les mêmes données de

prescription, recommandations et outils, permettant de partager des expériences de sevrage, de confronter les pratiques et de co-construire des solutions pour les patients complexes, en réduisant le travail en silo. Cette dynamique est prolongée par des formations interprofessionnelles (conférences, webinaires) associant pharmaciens et psychothérapeutes TCC-I, qui visent à aligner les messages (risques des BZD, alternatives, modalités de sevrage), clarifier les rôles (qui fait quoi, à quel moment du parcours) et organiser des circuits d'orientation efficaces vers les ressources non pharmacologiques.

Sur le plan informationnel, l'intégration repose sur la mise en relation de données multi-sources : données de facturation des assureurs (prescriptions, consommation, profils de risque), modules analytiques SQLap (tableaux de bord PIM/BZD, exports) et plateforme SOKLE (PROM/PREM et autres données patient-rapportées). Cette architecture permet de relier, au moins partiellement, prescription réelle, exposition médicamenteuse et expérience patient, conformément à une logique de *Managed Care* fondé sur les données.

Enfin, au niveau du parcours patient, les messages sont cohérents entre cabinet, pharmacie, EMS et campagnes média : mêmes risques décrits, mêmes alternatives proposées, mêmes outils de référence (brochures, agendas du sommeil, plans de sevrage, plateformes de soutien) par un langage commun. Le patient suit ainsi une trajectoire de soins progressive et coordonnée, et non une juxtaposition d'injonctions contradictoires. Le projet ne se limite donc pas à corriger une pratique isolée, il contribue à structurer un modèle de prise en charge intégrée des troubles du sommeil et de la déprescription BZD chez les seniors, aligné avec les principes de continuité, coordination et centrage sur le patient.

4.7 Transparence et pilotage par la qualité

Le projet « Déprescription BZD 65+ » renforce de façon structurante la transparence des prescriptions et le pilotage par la qualité au sein du Réseau Delta. Les données BZD sont organisées et restituées à trois niveaux – médecin, cercle de qualité, canton – sous forme d'audit/feedback standardisé. Chaque médecin peut ainsi se situer par rapport à ses pairs, identifier ses marges de progression et suivre l'évolution de ses prescriptions dans le temps. Chaque CQ peut ainsi bénéficier d'une vue d'ensemble des pratiques du groupe et peut prioriser les thèmes à travailler. Le réseau et les responsables qualité suivent les tendances globales, repèrent les zones de surconsommation ou d'amélioration rapide et planifient des interventions ciblées.

Partagés dans un cadre sécurisé et collégial (CQ, rapports et données synthétiques), ces indicateurs sont utilisés comme support à la réflexion et à l'amélioration continue, et non comme outil de sanction, ce qui favorise une culture de qualité ouverte où la comparaison des pratiques devient légitime. La démarche est en ligne directe avec la vision de la CFQ : définir des indicateurs pertinents (PIM/BZD ≥65 ans), les intégrer dans un système d'information partagé, les restituer régulièrement aux acteurs de terrain et les relier à des actions concrètes (plans de sevrage, communication patient, VBHC). L'infrastructure PIM composite ainsi créée est réutilisable pour d'autres classes de PIM et d'autres dimensions de qualité, dotant le réseau d'un instrument durable de transparence et de gouvernance par la qualité, cohérent avec les objectifs quadriennaux du Conseil fédéral.

4.8 Économicité

L'évaluation de l'économicité du projet « Déprescription BZD 65+ » doit tenir compte simultanément de trois dimensions :

- Pression budgétaire immédiate liée aux volets IT, communication et ressources humaines,

- Économies attendues à moyen terme sur les soins évitables, les prescriptions inappropriées ainsi que leurs conséquences (hospitalisations, fractures, pertes de gains etc.)
- Mise en place d'une gestion agile et de modèles de mutualisation pour contenir les dépassements et rendre le dispositif soutenable.

4.8.1 Pression budgétaire : IT, communication, ressources humaines

Le projet s'inscrit dans un contexte de forte contrainte budgétaire pour les réseaux de soins et les cabinets de premier recours. Trois postes de coûts se distinguent clairement :

Informatique (IT) et données

- Adaptation de DeltaData, développement des modules PIM/BZD, automatisation des flux d'export et intégration avec des plateformes externes (SQLap, SOKLE)
- Besoins en profils qualifiés (développeurs, *data engineers*, *data scientist*, *data analyst*, *data manager*), difficilement remplaçables et coûteux
- Temps important consacré à la gestion aux retards de transmission des données des assureurs, à la clarification juridique (LPD, conventions de données).

Communication et mobilisation du terrain

- Conception et production de supports (affiches, vidéos, brochures, site web, contenus digitaux),
- Diffusion multi-canal (campagnes médias, affichage, publipostage, présence dans les institutions),
- Ressources humaines nécessaires pour les visites de cabinets et des pharmacies ainsi que les autres professionnels de santé, l'organisation de conférences publiques, la participation à des événements (ex: Planète Santé).

Ressources humaines projet et terrain

- Coordination, pilotage, secrétariat dédié au projet
- Temps des médecins référents ainsi que les pharmaciens qualifiés pour les cercles de qualité, les formations, la mise en œuvre des outils
- Surcharge ponctuelle pour les cabinets (recrutement de patients, administration des questionnaires PROM/PREM).

Sur l'horizon du financement CFQ, ces éléments se traduisent par une pression budgétaire significative, qui aurait été difficilement absorbable sans un soutien externe. Ils rappellent qu'un projet de qualité ambitieux, intégrant *IT/data*, communication et VBHC, ne se limite pas à un ajustement marginal des pratiques, mais constitue une véritable transformation organisationnelle avec des coûts fixes importants.

4.8.2 Économies attendues : hospitalisations évitables et prescriptions inappropriées

En contrepartie, les effets attendus du projet sont susceptibles de générer des économies substantielles à moyen et long termes, même si celles-ci ne sont pas encore totalement quantifiées et quantifiable.

Les principaux leviers d'économies sont :

Réduction des événements indésirables liés aux BZD chez les ≥65 ans

- Baisse des chutes et fractures (notamment fractures de la hanche)
- Réduction des troubles cognitifs et de la désorientation induite
- Diminution des hospitalisations, consultations d'urgence et séjours en réadaptation associés à ces événements (événements évitables).

Diminution des prescriptions inappropriées et de l'usage chronique

- Réduction des DDD de BZD au-delà de la durée recommandée
- Moindre recours aux « non-alternatifs » à haut risque
- Substitution progressive par des interventions non pharmacologiques (TCC-I/ACT-I, hygiène du sommeil, psychoéducation,...), possiblement plus coûteuses à court terme mais plus efficaces et plus sûres à long terme.

Effets systémiques sur la pertinence globale de la pharmacothérapie

Les outils SQLap PIM composite et les pratiques d'audit/feedback développés pour les BZD sont réutilisables pour d'autres PIM (antipsychotiques, opioïdes, etc.), ce qui peut conduire, à terme, à une diminution globale de la polymédication à faible valeur ajoutée et des coûts associés.

D'un point de vue d'économie de la santé, le projet se présente donc comme un investissement de base (IT, communication, RH) visant à réduire une charge de morbidité évitable bien documentée, avec un potentiel de retombées économiques significatives pour l'AOS (diminution des coûts liés aux hospitalisations et aux traitements des complications) et pour la collectivité (maintien de l'autonomie, réduction de la dépendance).

4.8.3 Gestion agile, limitation des dépassements et mutualisation des coûts

Face à cette tension entre coûts initiaux élevés et économies attendues à plus long terme, le projet a dû adopter une gestion agile pour limiter les dépassements et adapter en continu l'ambition aux ressources disponibles :

- Révision progressive du périmètre de certains développements IT (priorisation des modules à plus forte valeur ajoutée, phasage des tableaux de bord, recours à des exports CSV/Python en attendant des interfaces plus sophistiquées) ;
- Ajustement des actions de communication en fonction du retour terrain et des contraintes de budget (réutilisation des contenus, ciblage renforcé des publics, partenariats média) ;
- Optimisation de l'utilisation des ressources internes (pharmaciens, coordinateurs) en concentrant l'effort sur les CQ et les cabinets les plus stratégiques.

En parallèle, l'expérience montre que pour rendre ce type de dispositif soutenable au-delà de la phase subventionnée, il est nécessaire de recourir à des logiques de mutualisation :

- Joint-ventures ou partenariats structurés avec des prestataires IT pour partager les coûts de développement et de maintenance d'outils réutilisables par plusieurs réseaux ou régions
- Coopération inter-réseaux ou inter-cantonale pour cofinancer des modules PIM, des plateformes PROM/PREM ou des campagnes de communication, plutôt que de dupliquer les investissements
- Implication, à terme, d'autres financeurs (assureurs, cantons, programmes nationaux) intéressés par les économies générées sur les événements indésirables et la surconsommation médicamenteuse.

En résumé, du point de vue de l'économicité, le projet illustre bien la tension classique des démarches de qualité en santé : forte intensité de ressources au démarrage, nécessité d'un pilotage budgétaire serré, mais potentiel important d'économies à moyen/long terme et de gains de valeur en cas de succès. Il met en évidence que pour être économiquement viable, un tel modèle doit s'appuyer sur :

- Un financement initial ciblé (comme celui de la CFQ),
- Une gestion agile des coûts en cours de route,
- Et une stratégie explicite de mutualisation et de diffusion des outils au-delà du seul Réseau Delta, afin de diluer les coûts fixes et de maximiser les bénéfices en termes de qualité et de coûts de la prise en charge des personnes âgées.

5 Impact du projet

5.1 Impact clinique

L'impact clinique principal du projet « Déprescription BZD 65+ » se situe au niveau de la sécurité médicamenteuse chez les personnes âgées, en agissant simultanément sur la réduction de l'exposition aux benzodiazépines et sur le renforcement des alternatives non pharmacologiques.

Un premier levier concret est l'initiation systématique de plans de sevrage progressifs pour les patients déjà sous BZD. Les cercles de qualité, les formations et les outils standardisés (plans de sevrage imprimables, blocs d'ordonnance spécifiques, instructions d'ajustement de dose) ont permis aux médecins et aux pharmaciens de passer d'une injonction générale type « il faut arrêter les BZD » à des protocoles de réduction pragmatiques, réalistes et individualisés. Ces plans tiennent compte de l'âge, de la durée d'exposition, de la comorbidité et des craintes du patient, et s'appuient sur :

- Des réductions graduelles de dose sur plusieurs semaines ou mois
- La possibilité de pauses ou de stabilisation à certains paliers
- L'implication des pharmaciens dans la préparation de conditionnements adaptés (semainiers, fractionnement des comprimés)
- Et un suivi rapproché via le cabinet (médecin, assistant(e) médicale, coordinatrice(eur) en médecine ambulatoire, pharmacie).

Cette approche structurée du sevrage diminue le risque d'insomnie de rebond, de symptômes de sevrage sévères et d'abandon prématuré de la démarche, et contribue ainsi à améliorer la sécurité médicamenteuse de manière concrète et opérationnelle.

En parallèle, le projet met l'accent sur un renforcement du recours aux alternatives à plus forte valeur clinique et à moindre risque iatrogène, en particulier la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I/ACT-I) avec les composantes que sont reconnue comme traitement de première ligne pour l'insomnie chronique :

- Thérapie cognitive (psychoéducation)
- Contrôle des stimuli
- Réduction du temps passé au lit
- Hygiène du sommeil
- Relaxation
- Défocaliser l'attention sur les valeurs du patients (Thérapie d'acceptation et d'engagement - ACT).

Les webinaires, supports pédagogiques et collaborations avec des psychothérapeutes et des structures spécialisées ont permis de visibiliser la TCC-I et d'en faire une option crédible et identifiée pour les médecins de premier recours. L'agenda du sommeil, intégré dans le matériel distribué aux patients, joue un rôle central : il soutient l'autosurveillance, fournit une base objective de discussion en consultation et constitue un premier pas vers une démarche de type TCC-I, même en l'absence immédiate d'un thérapeute spécialisé.

De ce fait, on observe une concentration accrue des efforts cliniques sur les alternatives : plutôt que de se limiter à supprimer ou réduire les BZD, l'intervention encourage les professionnels à repenser la prise en soins du sommeil chez les seniors, en intégrant systématiquement des stratégies non pharmacologiques. Cette réorientation a plusieurs effets potentiels sur la sécurité médicamenteuse :

- Diminution de la dépendance structurelle aux somnifères pour gérer les troubles du sommeil,
- Réduction du risque d'interaction médicamenteuse et de sur-sédation dans un contexte de polymédication,
- Meilleure prise en compte des facteurs environnementaux, psychologiques et comportementaux sous-jacents à l'insomnie, plutôt que d'une réponse purement symptomatique par les BZD.

En synthèse, l'impact clinique du projet sur la sécurité médicamenteuse ne se réduit pas à une baisse quantitative des DDD de BZD. Il se traduit également par une transformation qualitative de la prise en charge :

- Substitution progressive de traitements à risque par des plans de sevrage encadrés
- Montée en puissance des alternatives non pharmacologiques
- Inscription du sommeil des personnes âgées dans une logique de soins intégrés et prudents plutôt que de réponse pharmacologique rapide mais potentiellement dangereuse.

5.2 Impact organisationnel

L'impact clinique du projet se situe au cœur de la sécurité médicamenteuse des ≥65 ans, en combinant réduction de l'exposition aux BZD et montée en puissance des alternatives non pharmacologiques. D'une part, le projet systématise des plans de sevrage progressifs individualisés : protocoles écrits, blocs d'ordonnance dédiés, supports standardisés et implication des pharmaciens permettent des réductions graduelles sur plusieurs

semaines ou mois, avec paliers, pauses possibles et suivi rapproché par le cabinet. Cette approche structurée limite l'insomnie de rebond, les symptômes de sevrage sévères et les abandons, rendant la déprescription plus sûre et plus réaliste en pratique.

D'autre part, le projet renforce le recours aux stratégies non pharmacologiques de première ligne pour l'insomnie (TCC-I/ACT-I : psychoéducation, contrôle des stimuli, restriction du temps au lit, hygiène du sommeil, relaxation, travail sur les valeurs). Les brochures et l'agenda du sommeil, diffusé largement, soutient l'autosurveillance et sert de base aux ajustements thérapeutiques, même sans accès immédiat à un spécialiste. L'effet global dépasse la seule baisse des DDD de BZD : il s'agit d'une réorientation qualitative de la prise en charge du sommeil chez les seniors, avec moins de dépendance structurelle aux somnifères, moins de risque de sur-sédation et d'interactions en contexte de polymédication et une attention accrue aux déterminants comportementaux et psychologiques plutôt qu'à une réponse purement symptomatique : un somnifère ne guérit pas le sommeil.

5.3 Impact populationnel

Le projet qualité s'est appuyé sur une stratégie de sensibilisation à large échelle dépassant largement le cercle des médecins participants. Plus de 50'000 assurés Delta ont été contactés par publipostage personnalisé, ce qui a permis de ne pas dépendre uniquement des cabinets – souvent saturés – et d'assurer une couverture homogène de la patientèle des modèles Delta.

Cette action a été complétée par des conférences publiques sur le sommeil et les médicaments chez la personne âgée, réunissant cliniciens, représentants du réseau et parfois patients témoignant de leur sevrage. Ces événements ont à la fois fourni un espace d'information et de dialogue pour les seniors, leurs proches et les professionnels et servi de relais vers les ressources du projet (site web, brochures, agendas du sommeil, offres de TCC-I, etc.), tout en inscrivant la question des BZD chez les aînés dans le débat public.

Un troisième pilier a été la présence médiatique et de terrain : articles et encarts dans la presse écrite, et en ligne, reportage TV, campagnes d'affichage et supports digitaux (transports publics, espaces publics, réseaux sociaux), ainsi qu'une forte visibilité en pharmacies, EMS et autres institutions via affiches, flyers et vidéos. Les pharmacies, en particulier, ont joué un rôle de point de contact de proximité pour distribuer les brochures et ouvrir le dialogue sur somnifères, sevrage et alternatives, y compris auprès de non-assurés Delta. Au total, cette combinaison de publipostage, conférences, médias et relais officinaux/institutionnels a permis d'exposer un très large public aux messages de prévention sur les BZD, créant un environnement globalement plus favorable à la déprescription, au-delà du périmètre strict du réseau.

5.4 Impact systémique

Le projet qualité met en lumière un enjeu systémique majeur du système de santé suisse : l'absence d'accès stable et standardisé aux données de prescriptions ambulatoires anonymisées. Pour piloter la déprescription des BZD chez les ≥ 65 ans, il est indispensable de disposer régulièrement de données fiables sur les volumes (DDD), les molécules (ATC, spécialités), la durée et l'intensité d'exposition, ainsi que les variations entre régions, prestataires et modèles d'assurance. Or l'expérience du projet montre un accès fragile et hétérogène : suspensions ou restrictions unilatérales de données par certains assureurs, manque de fiabilité des données, effets de la nouvelle LPD interprétée de manière variable, séries temporelles interrompues, retards importants et couverture incomplète de la population.

Au-delà du Réseau Delta, cela révèle un besoin stratégique national : un cadre réglementaire et technique clair, garantissant un accès régulier, sécurisé et homogène aux données pharmaceutiques ambulatoires à des fins de qualité et de sécurité des soins. Aujourd'hui, chaque réseau doit négocier séparément avec chaque assureur et développer des solutions ad hoc, ce qui génère inefficience, faible comparabilité et difficulté à piloter des politiques de qualité fondées sur des indicateurs pharmaceutiques robustes. Le projet démontre qu'il est techniquement et cliniquement possible d'utiliser ces données pour améliorer la qualité, mais que cette démarche restera fragile sans un cadre national standardisé (standards techniques obligatoires, formats harmonisés, interopérabilité, anonymisation, gouvernance). Un tel socle est une condition préalable pour monitorer PIM, polymédication, sécurité médicamenteuse et plus largement, prétendre maîtriser les coûts de la santé, ce qui est impossible sans un accès structuré aux données de prescription.

Au-delà de ses effets cliniques et organisationnels locaux, le projet « Déprescription BZD 65+ » met en évidence des besoins structurels du système de santé suisse en matière de données de prescriptions en ambulatoire, qui dépassent largement le seul périmètre du Réseau Delta ou d'un canton.

6 Economicité : rapport entre dépenses et bénéfices

Un rapport financier sera fourni avec la version finale du présent rapport.

Avec un budget d'environ 1 Mio CHF, dont CHF 500K financés par la CFQ, le projet a permis de développer une infrastructure de données et d'outils de système d'information réutilisable (DeltaData PIM/BZD, exports, outils numérique – en partie, intégration du VBHC PROM/PREM), un corpus de matériel pédagogique et de communication professionnel, ainsi qu'une culture consolidée des cercles de qualité et de l'audit/feedback au sein du Réseau.

Les principaux coûts se concentrent sur l'IT (développements, intégrations multi-assureurs, maintenance), la communication (création et diffusion multi-canal), les ressources humaines (coordination, pharmaciens, médecins référents, AM) et l'événementiel (conférences, visites de cabinets et pharmacies). Les rapports intermédiaires signalent un surcoût limité sur certains développements IT, sans dérapage majeur ni renoncement à des activités clés. L'importance de tous les aspects liés à la communication a été sous-estimé au départ, principalement concernant les ressources humaines pour la diffusion des messages en présentiel à tous les niveaux. Les rapports humains restent primordiaux et essentiels.

En termes de bénéfices attendus, le projet vise une diminution des prescriptions inappropriées de BZD et par ricochet, des événements indésirables coûteux (chutes, fractures, hospitalisations évitables), une amélioration durable des pratiques via CQ et audit/feedback, ainsi qu'un renforcement structurel du réseau (outils PIM réutilisables, capacité de pilotage qualité transposable à d'autres thématiques).

L'économicité apparaît favorable à moyen terme, même si la preuve chiffrée d'une réduction des coûts (baisse documentée des hospitalisations, analyse différentielle LAMal) reste à établir par le biais des données complémentaires et détaillées. Le caractère réutilisable des outils IT et des supports, ainsi que le potentiel de diffusion du modèle à d'autres PIM (ou thématiques de santé) et d'autres institutions, contribue à diluer les coûts fixes. Une analyse coût-efficacité formelle nécessiterait un décompte financier détaillé et surtout des données LAMal complètes individualisées et détaillées pour comparer les coûts avant/après intervention.

7 Conclusion (évaluation globale)

Le projet qualité « Déprescription BZD 65+ » apporte une valeur ajoutée clinique, institutionnelle et populationnelle claire. Cliniquement, il cible une problématique majeure de sécurité médicamenteuse chez les ≥ 65 ans et propose des plans de sevrage structurés et des alternatives non pharmacologiques (TCC-I, hygiène du sommeil).

Institutionnellement, il a doté le Réseau Delta d'une infrastructure durable de qualité (DeltaData PIM/BZD, CQ thématiques, audit/feedback, PROM/PREM, outils de communication). À l'échelle populationnelle, il a sensibilisé largement patients, proches et professionnels aux risques des BZD et à la possibilité d'en sortir de manière encadrée.

Il s'agit d'un projet complexe mais transformateur : complexe parce qu'il combine données, IT, formation interprofessionnelle, outils cliniques, engagement patient et communication 360° ; transformateur car il installe un modèle reproductible d'intervention multimodale en *Managed Care*.

En synthèse, le projet a :

- Atteint ses objectifs de mise en œuvre (CQ, outils IT, campagne médias, PROM/PREM)
- Mis en place une architecture moderne cohérente avec une approche VBHC
- Montré une diminution de la facturation des prescriptions BZD
- Illustre de façon convaincante la contribution d'un réseau aux objectifs fédéraux de qualité (efficacité, sécurité, centration patient, intégration des soins).

Son efficacité repose sur trois leviers principaux :

- L'éducation et les outils aux professionnels de santé, qui renforcent compétences et confiance pour déprescrire
- La communication générale à la population (campagne de sensibilisation)
- La prise de décision partagée, qui aligne la déprescription sur les valeurs des patients et leurs craintes, en explicitant risques et alternatives (TCC-I)
- La coordination interprofessionnelle, qui assure la continuité du message (langage commun) et du plan de sevrage entre médecin, pharmacie, psychothérapie et institutions.

L'importance du soutien de la CFQ apparaît nettement face aux obstacles structurels (accès aux données, coûts IT et communication, manque de ressources). Sans ce financement, une telle infrastructure de projet qualité, réutilisable pour d'autres PIM ou thématique, n'aurait pas pu être développée. La pleine mesure de l'impact clinique et économique dépendra des analyses finales des consolidées et surtout du temps, mais les signaux qualitatifs (médecins, patients, partenaires) et la cohérence avec la littérature plaident en faveur d'un projet hautement pertinent et structurant pour le système de santé suisse.

8 Perspectives

8.1 Valeur ajoutée à la clôture du projet

À la clôture du projet « Déprescription BZD 65+ », plusieurs éléments de valeur ajoutée durable peuvent être identifiés pour le Réseau Delta, ses professionnels et sa population assurée.

En premier lieu, le projet laisse aux médecins de premier recours un ensemble d'outils concrets de déprescription, utilisables immédiatement en pratique :

- Brochures explicatives adaptées [20]
- Protocoles de sevrage progressifs adaptés aux personnes âgées, intégrant des paliers réalistes, des recommandations de suivi et des conseils pour gérer l'insomnie de rebond
- Supports structurés pour les cercles de qualité (présentations, cas cliniques, fiches de synthèse) facilitant la discussion entre pairs et la diffusion des bonnes pratiques
- Rapports de feedback de prescriptions, permettant à chaque médecin de se situer par rapport à ses pairs (CQ, réseau) en termes de DDD, d'usage chronique et de recours aux alternatives, et de suivre ses progrès dans le temps.

En deuxième lieu, le projet a permis de mettre en place une infrastructure IT et VBHC réutilisable :

- Un DeltaData enrichi de modules SQLap PIM composite/BZD¹ avec IdP, capable d'intégrer les données de prescription détaillées (ATC, DDD) et de produire des indicateurs standardisés par médecin, CQ et canton
- L'intégration fonctionnelle de SOKLE pour la collecte des PROM/PREM, avec des algorithmes de scoring et la possibilité de lier les résultats patient-rapportés aux données de prescription
- Des tableaux de bord et flux d'export (CSV, Python/Excel) permettant d'alimenter durablement l'audit/feedback, de générer des rapports synthétiques et de soutenir d'autres projets qualité à venir.

Cette architecture constitue un socle VBHC qui dépasse la seule thématique BZD et peut être étendu à d'autres PIM ou problématiques ambulatoires.

En troisième lieu, le projet a créé un référentiel de communication 360° sur les BZD chez les seniors, comprenant :

- Une identité visuelle forte, centrée notamment sur des personnages types (« Si comme Jeanne ») qui incarnent les risques et les solutions de manière accessible
- Une panoplie de supports (brochures, affiches, vidéos, contenus digitaux, modèles d'articles, supports pour conférences) utilisables et adaptables par les cabinets, pharmacies, institutions et partenaires
- Une structuration du message en mode « entonnoir » (sensibilisation → prise de conscience → intention de changer → passage à l'action), réutilisable pour d'autres thématiques de déprescription ou de prévention.

De manière transversale, le projet laisse un ensemble d'outils réutilisables : brochures patients, vidéos explicatives, plans de sevrage standardisés, journaux/agenda du sommeil, fiches pour la consultation, qui

¹ Envoi manuel à ce jour.

peuvent être intégrés dans la routine des cabinets et des pharmacies, utilisés dans des formations futures ou déclinés dans d'autres contextes (autres PIM, autres cantons).

8.2 Utilisation future

À l'issue du projet « Déprescription BZD 65+ », le dispositif mis en place ne constitue pas une fin en soi, mais une plateforme évolutive pouvant être mobilisée à plus large échelle pour d'autres enjeux de pertinence médicamenteuse et de qualité des soins en ambulatoire.

8.2.1 Extension à d'autres PIM.

L'architecture PIM/BZD développée dans DeltaData peut être étendue à d'autres PIM chez les seniors par exemple (anticholinergiques, opioïdes, autres psychotropes, AINS, médicaments cardio-vasculaires, etc.). La même approche sera appliquée : identification des expositions, audit/feedback par médecin et par CQ, outils de déprescription et supports de communication, avec possibilité d'ajouter des PROM/PREM spécifiques selon la classe médicamenteuse.

8.2.2 Intégration des PROM/PREM dans la routine.

Les PROM/PREM testés dans le cadre de BZD 65+ peuvent progressivement être intégrés dans la routine des CQ et du suivi des patients chroniques, au-delà du seul thème du sommeil. Concrètement, il s'agira de généraliser l'usage de SOKLE pour documenter la qualité de vie, les symptômes et l'expérience des soins dans d'autres parcours (polymédication, insuffisance cardiaque, diabète, troubles anxio-dépressifs), utiliser les résultats PROM/PREM comme support de discussion en CQ (illustration de l'impact réel des changements thérapeutiques sur les patients) et finalement à terme, insérer ces mesures dans les tableaux de bord VBHC du réseau, en complément des indicateurs de prescription et d'utilisation des soins.

8.2.3 Partage des outils avec d'autres acteurs.

Les outils développés (présentations, brochures, affiches, vidéos, protocoles de sevrage, journaux du sommeil) sont conçus pour être génériques et transférables. Ils pourront être mis à disposition d'autres réseaux de soins, de sociétés de discipline ou utilisés dans des projets cantonaux/nationaux de réduction des PIM, ce qui permet de mutualiser les coûts de développement (IT, communication) et de maximiser l'impact populationnel.

8.2.4 Intégration dans tous les CQ thématiques

Au sein de Delta, l'ambition est d'intégrer le modèle BZD/PIM dans tous les CQ thématiques, même lorsque le sujet principal n'est pas le médicament (ex: fragilité, santé mentale). L'idée est que chaque CQ dispose, en toile de fond, d'un module PIM/*medication review* utilisant les indicateurs DeltaData, la question de la pertinence médicamenteuse (et des déprescriptions possibles) soit systématiquement abordée comme dimension transversale de la qualité, les outils de sevrage, les check-lists PIM et les supports patient soient mobilisables à tout moment dans la discussion clinique.

8.2.5 Standardisation PIM/BZD dans les tableaux de bord Delta

À moyen terme, les indicateurs PIM et BZD devraient être standardisés et intégrés nativement dans les tableaux de bord Delta, avec des vues de référence par médecin, CQ et canton, mises à jour régulièrement, incluses dans les rapports de routine (bilan annuel, feedback qualité) et utilisées dans les discussions stratégiques (priorités qualité, ciblage d'interventions, négociations avec assureurs). Ainsi, l'approche « Déprescription BZD 65+ » devient une composante structurante du pilotage clinique de Delta et un modèle potentiellement répliquable pour d'autres réseaux.

8.3 Durabilité et projets de suivi

La prolongation jusqu'en mars 2026, l'implication de SASIS SA et l'ancrage du projet dans DeltaData posent les bases d'un suivi longitudinal durable des prescriptions de BZD au-delà du financement CFQ.

L'accès aux données de DeltaData combiné aux données de la SASIS SA doit permettre de suivre dans le temps les DDD, l'usage chronique et les substitutions avec une meilleure stabilité.

Sur cette base, plusieurs développements sont prévus :

- Finalisation des analyses quantitatives avec les données SASIS SA et publication des résultats dans des revues à comité de lecture (impact de l'intervention sur les prescriptions, faisabilité de l'audit/feedback pharmaceutique en *Managed Care*, enseignements pour la politique de déprescription).
- Automatisation des analyses et du suivi via Power BI, grâce à des flux réguliers issus de DeltaData, afin de disposer d'un tableau de bord opérationnel et actualisé.
- Intégration renforcée des PROM/PREM (SOKLE → DeltaData) pour lier, de manière routinière, les données de prescription aux résultats et à l'expérience rapportés par les patients, dans une logique VBHC.

L'ensemble constitue un dispositif de monitoring qui prolonge le projet dans le temps et peut être étendu à d'autres PIM.

8.4 Groupes de destinataires et diffusion

8.4.1 Groupes cibles principaux

Le projet qualité cible l'ensemble des acteurs clés du parcours de soins en milieu ambulatoire.

Médecins de premier recours

Public pivot du projet : ce sont eux qui initient, renouvellent ou arrêtent les BZD. Dans un contexte de pression économique, de demandes répétées de justifications, de lourdeur administrative et de relations parfois tendues avec les assureurs, le projet leur apporte des outils cliniques concrets (plans de sevrage, feedback de prescriptions, supports CQ) plutôt qu'une contrainte supplémentaire et vise à réinstaller la maîtrise clinique sur ce segment de médication à risque.[21]

Assistant(e)s médical(e)s et coordinatrice(eur) en médecine ambulatoire - CMA

Personnel du cabinet important de la mise en œuvre : identification des patients sous BZD lors de la distribution des ordonnances médicales rédigées par le médecin, remise de brochures et journaux du sommeil, soutien à

la prise de rendez-vous et aux PROM/PREM. La diffusion à ce groupe se fait via des instructions simples, des formations ciblées et des supports visuels prêts à l'emploi.

Pharmacies d'officine (pharmaciens consultants)

Relais de proximité pour la déprescription : repérage des traitements chroniques, explication des plans de sevrage, distribution du matériel, renvoi vers le médecin ou des offres de TCC-I. Ils sont touchés via des visites en officines et distribution kits de communication, conférences spécialisées et tout public.

Psychothérapeutes (psychologues, psychiatres)

Partenaires pour les alternatives non pharmacologiques (TCC-I). L'initiative a été communiquée par courriel. Développement de formation pour médecins de premier recours (Notions TCC-I/ACT-I).

Équipes d'établissements médico-sociaux (EMS) et autres institutions

Cibles de choix compte tenu de la forte prévalence de BZD en institution. Le projet leur fournit des informations sur les risques, des pistes de réévaluation des traitements et des outils de sevrage adaptés au contexte institutionnel. L'initiative a été communiquée par courriel et envoi colis postal.

Associations et groupements de séniors

Relais communautaires : organisation de conférences, diffusion de supports, dialogue avec les personnes âgées et leurs représentants. Elles renforcent la légitimité et la portée de la démarche. L'initiative a été communiquée par courriel.

Patients ≥65 ans sous BZD et proches aidants

Au cœur du projet. Ils sont informés des risques, des alternatives et des possibilités de sevrage progressif via publipostage, supports en cabinets et pharmacies, conférences publiques et questionnaires PROM/PREM. Les proches aidants sont impliqués comme soutien au changement.

Autres groupes/réseau de médecins ou d'autres régions

Pour d'autres groupes de médecins ou d'autres régions, l'adoption du concept de déprescription BZD devrait être abordée comme une démarche qualité progressive, fondée sur un noyau d'outils transférables et non comme une action isolée. Il est recommandé de commencer par un projet pilote limité, associant des médecins volontaires, un cercle de qualité, repérage des pharmaciens partenaires et un accès minimal à des données de prescription exploitables (plus compliqué en région avec la propharmacie). Toute nouvelle région devrait commencer par une phase préparatoire visant à documenter ses conditions locales de mise en œuvre. Le socle à reprendre comprend une séance clinique standardisée, un audit/feedback simple, des protocoles de sevrage, des supports pour les patients et un lien avec des alternatives non pharmacologiques telles que la TCC-I et l'implication de patient partenaire. La réussite du déploiement dépend également d'une coordination explicite avec les pharmacies, les psychothérapeutes, les EMS et les autres acteurs de proximité. En effet, les pharmacies d'officine peuvent jouer un rôle central dans le repérage des traitements chroniques, l'explication des plans de sevrage et le renvoi vers le médecin traitant; les psychothérapeutes et autres spécialistes du sommeil sont des partenaires clés pour les alternatives non médicamenteuses; les EMS et autres institutions constituent des lieux prioritaires d'extension du modèle compte tenu de la fréquence élevée des prescriptions médicamenteuses. Une stratégie régionale crédible devrait donc prévoir, dès son lancement, un circuit de collaboration clair entre ces différents acteurs. À moyen terme, la diffusion régionale devrait s'appuyer sur des indicateurs communs, des tableaux de bord simples et une intégration progressive des PROM/PREM afin d'assurer un pilotage durable de la qualité.

Assureurs-maladie

Partenaires clés pour l'acquisition de données et parties prenantes économiques. Le projet qualité peut attester des recommandations à la suite des constats et analyses afin de documenter les bénéfices attendus (sécurité, coûts évitables) et soutenir une évolution des pratiques et des cadres de collaboration pour la qualité.

Autorités de santé (OFSP, cantons, Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé - CDS)

Destinataires des enseignements structurels du projet (données, PIM, déprescription, *Managed Care*). La diffusion se fait par le rapport CFQ, des échanges ciblés et à terme, des publications et présentations, pour alimenter les politiques professionnelles nationales et cantonales sur la sécurité médicamenteuse et l'accès aux données de prescription détaillées.

8.4.2 Diffusion

L'objectif ici est double : ancrer la légitimité du projet comme démarche de qualité structurée et alimenter la réflexion interprofessionnelle et intergénérationnelle sur la déprescription, l'accès aux données pharmaceutiques et le rôle des réseaux *Managed Care*. La diffusion du projet qualité a été pensée de manière multimodale pour toucher à la fois les professionnels de santé, les patients et les acteurs institutionnels.

Vers les professionnels (médecins, assistante médicale, pharmaciens, psychothérapeutes, EMS)

- Diffusion prioritaire via les cercles de qualité, avec présentations standardisées, cas cliniques et feedback de prescriptions.
- Webinaires interprofessionnels et documents envoyés par courriel (protocoles de sevrage, fiches pratiques, supports de consultation).
- Visites de cabinets et pharmacies, permettant d'installer le matériel (affiches, fiches synthétiques, brochures, journal du sommeil) et de répondre aux questions sur place.

Vers les patients, proches et seniors

- Publipostage ciblé à plusieurs dizaines de milliers d'assurés ≥65 ans, leur proposant de répondre à un court questionnaire sur la qualité de vie en santé s'ils prennent des médicaments somnifères type benzodiazépine (BZD).
- Mise à disposition de supports dans les cabinets, pharmacies et institutions (affiches, brochures, flyers, vidéos).
- Conférences publiques et présence dans des événements dédiés aux seniors, pour favoriser l'échange direct et orienter vers les ressources du projet.

Vers assureurs et autorités de santé

- Rapports détaillés à la CFQ, aux assureurs partenaires et aux autorités cantonales/fédérales, documentant la démarche, les obstacles et les premiers résultats.
- Préparation de publications scientifiques et de présentations en congrès, pour diffuser le modèle d'intervention au niveau national.

L'ensemble de l'initiative qualité repose sur une identité visuelle et des messages cohérents, permettant de constituer un référentiel de communication réutilisable pour de futures actions sur les BZD ou d'autres PIM.

Finalement, la diffusion a été pensée pour être cohérente entre tous les niveaux : mêmes messages de fond, mêmes visuels et mêmes concepts (personnages comme « Jeanne » et « Luis »), adaptés au langage et au canal de chaque groupe. À la clôture du projet, l'ensemble des supports (présentations, brochures, plans de sevrage, vidéos, affiches) constitue un référentiel de communication réutilisable, qui pourra être redéployé dans de futures campagnes BZD ou adapté à d'autres PIM et thématiques pour la prévention ou la promotion de la santé.

8.5 Recommandations

8.5.1 Sécuriser l'accès aux données détaillées de prescription incluant le GLN

- Stabiliser les accords de données avec les assureurs dans le cadre de règles nationales harmonisées (formats, anonymisation, finalités qualité).
- Généraliser et globaliser l'utilisation d'un IdP (*OpenID Connect Identity Provider*).
- Rendre effectif la transmission systématiques du GLN du prestataire dans la facturation, via des exigences techniques et des contrôles effectifs de tous les acteurs (URGENT).

8.5.2 Accompagner le changement (adaptation des nouvelles exigences évolutives)

- Encourager pour rendre obligatoire l'harmonisation et l'interopérabilité des systèmes à travers FHIR.
- Investiguer la mise en application du principe « Carotte – Bâton – Muscle » avec l'Autorité.

8.5.3 Ancrer les questionnaire PROM/PREM dans l'élaboration de projet

- Simplifier l'accès aux questionnaires et intégrer la collecte dans les workflows des cabinets ainsi que des autres professionnels de santé.
- Développer des tableaux de bord/fiche PDF simples pour les praticiens et utiliser les résultats PROM/PREM comme support de discussion en CQ également.

8.5.4 Capitaliser sur l'identité « Jeanne & Luis »

- Produire des contenus courts et modulaires (capsules vidéo, visuels) réutilisables en cabinets, pharmacies, institutions et en ligne.
- Réutiliser cette identité pour d'autres campagnes de déprescription (autres PIM) ou autres thématique en santé.

8.5.5 Diffuser et transférer le modèle

- Tester la transférabilité du modèle (CQ audit/feedback + communication 360° + PROM/PREM) à d'autres institutions et à d'autres classes de médicaments (anticholinergiques, opioïdes, système cardio-vasculaire, maladies chroniques, ...).

- Mettre à disposition les outils produits (présentations, protocoles, supports de communication) aux partenaires intéressés, sociétés /associations et institutions œuvrant dans la promotion de la santé et la prévention.

B) VOLETS DU PROJET

9 Volet 1 : Interopérabilité des systèmes primaires en Suisse pour l'extraction de l'information

9.1 Contexte : fragmentation des systèmes primaires

Le paysage suisse des systèmes d'information primaires (SIP) est fortement fragmenté (environ 50 solutions), avec une multiplicité de modèles de données et d'architectures, une variabilité importante des capacités d'intégration, des coûts d'interfaçage élevés et croissants, ainsi qu'une difficulté à garantir une cohérence intercantonale. Dans ce contexte, les approches bilatérales ou « au cas par cas » ne sont pas soutenables à grande échelle et renforcent la dépendance à des solutions propriétaires. Une obligation réglementaire d'interopérabilité devient une condition structurante pour disposer d'un socle commun stable. [22-24]

9.2 Clarification des concepts et rôle des principaux standards

9.2.1 *Electronic Health Record (EHR) / système d'information primaire*

Un EHR (SIP clinique) est le logiciel cœur de la pratique : dossier patient, interface utilisateur, workflows, prescriptions, observations, admissions, facturation,... C'est le point de départ et d'arrivée de la plupart des données cliniques. (Ex : Mediway, SOKLE,...)

9.2.2 *Health Level 7 (HL7) : cadre normatif*

HL7 est l'organisation qui définit l'architecture normative des données (structure, syntaxe, vocabulaires en XML) et fournit, entre autres, une API moderne via FHIR pour lire/écrire ces données.

9.2.3 *Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) : standard d'interopérabilité moderne*

FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*) est un standard d'échange développé par HL7, conçu en grande partie en réaction à HL7v3, jugé trop complexe et lourd (XML massif, difficile à implémenter). FHIR repose sur des interactions REST légères, privilégie le JSON (avec possibilité de XML, mais ce n'est pas un « standard XML » au sens classique), structure les données en « ressources » standardisées (Patient, Observation, Medication, etc.). [24]

L'idée centrale est de simplifier et industrialiser les échanges. Un frein opérationnel majeur en Suisse est que de nombreux SIP ambulatoires ne sont pas encore compatibles FHIR, alors même que ce standard est désormais dominant au niveau international.

9.2.4 Spécificité suisse : HL7v3 et DEP

Dans le contexte du Dossier électronique du patient (DEP), les ordonnances fédérales imposent l'usage de profils basés sur HL7v3, un standard XML historique, très complexe et largement abandonné par l'industrie. Les résultats sont que les développements DEP sont spécifiques, coûteux, peu réutilisables ailleurs et l'écosystème suisse se trouve désaligné par rapport au mouvement international centré sur FHIR.

9.2.5 *Integrating the Healthcare Enterprise (IHE): orchestration des flux (workflows)*

IHE décrit des profils d'intégration (acteurs, transactions, cas d'usage) permettant d'orchestrer des workflows cliniques interinstitutionnels. En simplifiant : FHIR décrit le « langage » des données, IHE décrit « qui parle à qui, quand et comment ».

9.3 Harmonisation sémantique : SPHN, SNOMED CT et CIM

Pour que l'interopérabilité ait une valeur clinique et médico-économique, elle doit être couplée à une harmonisation sémantique nationale : SPHN fournit un cadre suisse de standardisation conceptuelle, initialement orienté recherche, mais mobilisable comme référence nationale. SNOMED CT apporte une granularité clinique fine et est indispensable pour structurer les diagnostics, symptômes, procédures notamment. Cependant SNOMED CT n'est pas un standard ouvert : il est contrôlé par une organisation privée et son utilisation requiert une licence. Son intégration implique donc des coûts et des obligations juridiques spécifiques, à anticiper dans toute stratégie nationale. [25]

Le mapping SNOMED CT – CIM-10/11 est crucial pour la compatibilité avec les systèmes de classification utilisés pour la facturation et les statistiques, l'alignement médico-économique, la comparabilité nationale et internationale. Aujourd'hui, de nombreux SIP ambulatoires ne disposent ni d'une intégration native de SNOMED CT, ni de *mappings* systématiques, ce qui limite la qualité et la réutilisation des données.

9.4 Interopérabilité, qualité et adoption clinique

Les données de la littérature montrent que les dossiers électroniques et les échanges structurés peuvent améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients (réduction des erreurs médicamenteuses, meilleure coordination), avec un impact financier variable selon les contextes. Les bénéfices cliniques apparaissent essentiellement lorsque les outils sont intégrés dans les workflows, ils réduisent la charge au lieu de l'augmenter particulièrement s'ils sont accompagnés d'un soutien organisationnel et de modèles de financement adaptés. L'interopérabilité est donc une condition nécessaire, mais non suffisante : elle doit être couplée à des transformations de processus, à des incitations alignées et à des outils d'aide à la décision crédibles. [24, 26, 27]

9.5 Alignement des incitatifs : Modèle « Carotte – Bâton – Muscle »

Le cadre « Carotte – Bâton – Muscle » décrit par Guterman S. [28] dans la transition du paiement à l'acte (*fee-for-service*) à la capitation fournit un modèle potentiellement transférable à une transition systémique vers l'interopérabilité. L'expérience américaine illustre cependant que des incitations financières sans priorisation de l'ergonomie et de l'interopérabilité réelle peuvent conduire à des effets indésirables (charge administrative, résistance professionnelle, fragmentation persistante) [29-31].

Pour sortir d'une logique purement déclarative, l'introduction de FHIR et de standards sémantiques doit être soutenue par un dispositif d'incitations et de contraintes graduelles :

- **Carotte** : subventions temporaires liées à la certification d'interopérabilité, bonus qualité pour un usage effectif des services interopérables, financement de la conduite du changement.
- **Bâton** : obligation d'un niveau minimal d'interopérabilité effective (consultation/alimentation du DES, export FHIR), certification obligatoire des logiciels LAMal, interdiction de bloquer l'export standardisé.
- **Muscle** : gouvernance nationale forte (Confédération, cantons, eHealth Suisse, DigiSanté), profils FHIR suisses, infrastructure de test/certification, services partagés (identités, répertoires, canaux sécurisés).

9.6 Articulation avec les initiatives nationales

Les recommandations sur FHIR et l'harmonisation sémantique doivent s'inscrire dans les chantiers en cours dans le système de santé suisse [23] :

- **DigiSanté (2025–2034)** : programme national de transformation numérique piloté par l'OFSP et l'OFS, orienté qualité, sécurité et efficience.
- **SwissHDS** : construction d'un espace suisse décentralisé de données de santé, intégrant EHR, services spécialisés (ex : *eMedication*) et architecture cible.
- **Révision de la Loi fédérale sur le Dossier électronique du patient vers le Dossier Électronique de Santé (DES)** : réussite conditionnée à une interopérabilité réelle des SIP, pour éviter un dossier électronique réduit à un dépôt de PDF.

9.7 Synthèse des recommandations clés

- **Rendre FHIR obligatoire** pour tous les SIP comme standard d'échange, en explicitant un noyau minimal (Patient, Condition, Observation, GLN/RCC, Médication, Vaccination).
- **Financer un FHIR Gateway commun** pour réduire les coûts et la charge d'implémentation, particulièrement pour les petites structures et le secteur ambulatoire.
- Assurer une **cohérence sémantique nationale** en s'appuyant sur SPHN, SNOMED CT (en tenant compte de sa gouvernance privée et des licences) et CIM-11.
- Grâce à l'interopérabilité rendre accessible le flux de données digérés pour le **développement d'indicateurs de qualité** directement disponible dans les PIS des professionnels de santé
- Aligner gouvernance, certification, incitations et contraintes dans une **logique Carotte–Bâton–Muscle à l'attention des fournisseurs IT et professionnels de santé**, afin que l'interopérabilité ne soit pas seulement une exigence technique, mais un levier concret pour la qualité, la sécurité et la maîtrise des coûts.

10 Volet 2 : Outil de détection des prescriptions inappropriées de médicaments (PIM)

La prescription potentiellement inappropriée se situe au croisement d'un paradoxe moderne : un médicament peut être autorisé par un système de régulation exigeant et pourtant devenir inadapté avec le vieillissement ou selon la durée d'exposition ou de contexte d'usage.

Dans la population âgée, la vulnérabilité aux effets indésirables et la fréquence de la polymédication augmentent l'exposition aux interactions et aux complications avec un coût humain et économique substantiel. Dans le même mouvement, certaines catégories — notamment anxiolytiques et somnifères — peuvent devenir problématiques chez des patients plus jeunes lorsqu'elles basculent dans la chronicité, car la dépendance et l'altération fonctionnelle associées ne sont pas, selon cette littérature, strictement gouvernées par l'âge.

C'est cette réalité, à la fois clinique et systémique, qui est abordée avec la présente composante du projet qualité en optant explicitement pour une approche de détection fondée sur des listes de substances et de classes médicamenteuses. Il existe des instruments implicites, fondés sur une évaluation globale du régime thérapeutique (ex. indices d'appropriation) : utiles pour la décision individuelle, mais difficiles à mobiliser comme indicateurs de monitoring lorsque les données de diagnostic, de biologie ou de physiologie ne sont pas collectées de manière suffisamment standardisée en routine.

Les approches explicites reposent quant à elles sur des listes de médicaments (Beers, Priscus, Laroche, NORGEP-NH et Prescrire) connus pour générer, dans certaines conditions, un rapport bénéfice-risque défavorable ; elles sont plus aisément automatisables, moins coûteuses à appliquer à grande échelle et compatibles avec des données de dispensation issues de l'assurance. Dans le contexte suisse, la littérature et les initiatives de terrain ont déjà signalé des niveaux importants de PIM selon différentes méthodes. Sur cette base un indicateur composite a été constitué. [17]

Sur le plan métrique, une PIM est comptabilisée par le fait d'avoir au moins une prescription inappropriée pour un code ATC donné pendant l'année. Cette définition implique qu'un patient peut présenter plusieurs PIM simultanément, ce qui est justifié par l'idée que des PIM de codes ATC distincts correspondent à des décisions cliniques indépendantes. La "PIM rate" est une somme de deux dimensions : la prévalence de patients ayant au moins une PIM et la fréquence de PIM multiples par patient.

10.1 Rendre disponible l'outil pour les médecins de premier recours

Dans un dispositif numérique manipulant des données médicales, la sécurité ne peut être pensée comme une couche ajoutée en fin de parcours, mais comme une propriété constitutive de l'architecture. Elle constitue une propriété structurelle du système, au même titre que la validité des règles cliniques ou l'exactitude des calculs d'exposition. L'outil introduit des indicateurs par médecin et par cabinet, ainsi qu'un suivi annuel de la dynamique de prescription (initiation, maintien, arrêt)

Chaque étape – de l'authentification de l'utilisateur à la consultation d'un rapport de PIM – doit être pensée comme un passage de frontière, où l'identité de l'acteur, la légitimité de sa demande et la proportionnalité de l'accès sont systématiquement vérifiées. Le point d'entrée du système doit reposer sur une authentification forte, idéalement adossée à une identité institutionnelle préexistante.

10.2 Autorisation et authentification

L'authentification établit « qui » se connecte ; l'autorisation répond à la question « sur quoi » cette personne peut agir. Dans un outil de détection de PIM, l'accès doit être contextuellement limité :

- **Niveau organisation** : un médecin donné ne doit pouvoir consulter que les rapports et données des patients de son cabinet, de son réseau de soins ou du périmètre qui lui a été explicitement attribué
- **Niveau rôle** : un professionnel chargé de l'analyse qualité au niveau du réseau peut consulter des indicateurs agrégés, anonymisés ou pseudonymisés, sans accéder au détail nominatif des patients, alors que le médecin de premier recours a besoin du niveau individuel pour ajuster ses prescriptions.

Un accès token de courte durée est fournis au responsable pour accéder à l'API (*Application Programming Interface*) sur le serveur sécuriser de l'institution pour accéder à aux analyses de donnée PIM via SQLap composite à distribuer aux médecins par courriel (actuellement manuellement).

Le rapport généré par l'outil ne doit pas être envisagé comme un export technique, mais comme un objet clinique structuré, destiné à soutenir la réflexion du médecin plutôt qu'à se substituer à elle. Sa forme doit refléter la structure de l'évidence et la prudence de l'interprétation.

10.3 Partage par URL sécurisée : l'accès maîtrisé plutôt que la pièce jointe

La demande de « générer un rapport, puis une URL pour l'envoi du rapport par courriel » est pleinement conforme aux exigences contemporaines de protection des données de santé : plutôt que de disséminer des fichiers PDF dans des boîtes de messagerie – potentiellement consultables ou copiables sans contrôle – on donne accès à un document hébergé dans un environnement sécurisé, via un mécanisme d'URL contrôlée.

Le serveur génère une URL signée, liée cryptographiquement au rapport concerné et limitée dans le temps. L'URL permet de télécharger ou d'afficher le rapport directement depuis un stockage chiffré, sans exposer le chemin interne ni les droits sous-jacents.

L'avantage est sa simplicité de mise en œuvre et son intégration aisée avec des stockages d'objets modernes. La contrepartie est une révocation plus difficile une fois l'URL diffusée : tant que la signature reste valable, il est délicat d'empêcher un accès si le lien a été transmis à un tiers non prévu.

L'objectif d'un tel outil n'est pas la sanction, mais la réduction d'une variabilité probablement évitable, à travers des mécanismes d'apprentissage collectif (audit, feedback, échanges entre pairs), cohérents avec l'organisation en réseau et la culture de responsabilité partagée décrite dans l'article [17] . Les PIM sont à la fois fréquentes et concentrées sur un nombre limité de classes médicamenteuses, ce qui laisse entrevoir un bénéfice clinique réel pour un outil ciblé, même s'il ne couvre pas l'ensemble du spectre des prescriptions.

11 Volet 3 : Un besoin central pour les projets qualité - les données de prescription détaillées

Les projets de développement de la qualité en ambulatoire reposent sur la capacité à suivre finement les pratiques de prescription au niveau des médecins, des groupes de CQ, des régions et dans le temps.

Concrètement, il s'agit de pouvoir relier, de manière fiable à :

- **Un collectif d'assuré**
- **Un ou plusieurs autres prescripteurs clairement identifiés**
- **Des prescriptions médicamenteuses codées (ATC, DDD, dates, quantités)**
- **Des indicateurs agrégés - proxy (PCG, coûts, épisodes de soins)**

Dans le système de santé suisse, cet idéal se heurte à une série d'obstacles structurels, techniques, juridiques et organisationnels, qui expliquent les difficultés rencontrées pour disposer de données de prescriptions médicamenteuses détaillées exploitables à des fins de qualité.

11.1 Fragmentation du flux des données dans système de santé

11.1.1 Prestataires agissant en silos

Le système de santé suisse est fortement fragmenté : médecins de premier recours, spécialistes, hôpitaux, pharmacies, EMS, services d'aide et de soins à domicile, disposant chacun de leurs propres systèmes d'information, sans plateforme nationale unifiée de données cliniques ou de prescription.

Les flux de données sont organisés principalement autour de la facturation (TARMED/Tardoc – depuis janvier 2026, listes de spécialités, factures électroniques XMLInvoice), et non autour d'un entrepôt clinique partagé. Les réseaux *Managed Care*, comme le Réseau Delta, font figure d'exception partielle en construisant des plateformes propres (DeltaData) à partir des données transmises par les assureurs, dans le cadre de la Loi fédérale sur la protection des données. Toutefois cette consolidation reste locale et dépendante des contrats et de la bonne volonté avec les assureurs-maladies des partenaires.

11.1.2 Absence d'organisme national central pour les données de prescription ambulatoire

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) reçoit bien des données de l'assurance-maladie mais celles-ci sont limitées dans leur contenu et dans leurs usages. Les données individuelles anonymisées de l'assurance-maladie (EFIND) ne contiennent pas d'information sur les médicaments consommés. Les coûts détaillés par type de fournisseur ne seront disponibles que à partir de 2026 pour l'année 2025, et sans détails médicamenteux. Les groupes de coûts pharmaceutiques quant à eux ne fournissent qu'une information binaire « appartenance oui/non », sans détails au niveau des molécules ou des doses. En pratique, il n'existe donc aucun organisme national qui collecte, agrège et redistribue systématiquement des données de prescription ambulatoire suffisamment détaillées pour permettre un suivi des prescriptions par médecin. A noter que l'art. 47b de la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) ne vise pas à mettre sur pied une vaste collecte de données tarifaires, mais uniquement à permettre à l'autorité d'accéder, au besoin, aux données nécessaires pour approuver ou surveiller les tarifs, donc pas de manière continue. Par ailleurs, les articles 84 et 84a LAMal régissent l'utilisation des données pour les formes particulières d'assurance (*Managed Care*), mais la notion de données « nécessaires » n'est pas définie de manière opérationnelle. Cette incertitude contribue aux interprétations divergentes entre assureurs et réseaux de soins quant à la légitimité de transmettre des données de prescription détaillées pour des projets qualité.

11.2 Rôle et limites des assureurs-maladie privés

Assureurs privés avec compétences déléguées

En Suisse, l'assurance obligatoire des soins est assurée par des entreprises privées, auxquelles le Conseil fédéral délègue une série de tâches (gestion des assurés, facturation, compensation des risques, notamment). Ces assureurs détiennent, de facto, la vision la plus complète des prestations ambulatoires remboursées : consultations, hospitalisations, médicaments, laboratoires.

Dans un modèle *Managed Care*, les assureurs partenaires transmettent aux réseaux certaines données notamment dans la cadre de la gestion de bon de délégation pour permettre le pilotage théorique de la qualité de l'efficacité et de l'économicité des soins.

Variabilité et retrait partiel de transmission de données

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi fédérale sur la protection des données, plusieurs assureurs ont fortement restreint le niveau de détail des données transmises. Les échanges avec l'OFSP confirment que certains considèrent désormais que la transmission d'informations personnelles détaillées anonymisées, notamment les prescriptions médicamenteuses détaillées, ne serait plus couverte par la base légale, malgré le cadre des modèles particuliers d'assurance (art. 41, 84, 84a LAMal). Concrètement, cela s'est traduit, pour la période 2022–2024, par l'arrêt ou la réduction de la transmission de données de prescription détaillées pour certains assureurs partenaires. Pour le projet qualité, il était prévu à la base que les assureurs contractuellement liés au Réseau Delta fournissent, comme par le passé, les données de facturation détaillées permettant de calculer les indicateurs de prescription BZD par médecin. La CFQ a jugé ces difficultés suffisamment sérieuses pour émettre une lettre de soutien explicite invitant les assureurs et leurs associations à fournir les données nécessaires au projet « Déprescription BZD 65+ » en rappelant que les indicateurs de prescription sont indispensables pour le pilotage et l'évaluation du projet. Avec certaines caisses maladie, la transmission s'est poursuivie et avec d'autres il a été possible de rétablir la transmission. A ce jour, certaines caisses d'assurances-maladies le refuse toujours.

11.3 Problèmes d'identification des prescripteurs : GLN, RCC/ZSR et standards de facturation

Global Location Number (GLN) obligatoire en théorie, incomplet dans la réalité

Les standards informatiques de facturation (XMLInvoice) définis par le Forum suisse pour l'échange de données (Forum *Datenaustausch* [32]) et les conventions tarifaires notamment TARMED prévoient que les numéros EAN/GLN des médecins figurent de manière obligatoire sur les factures. Le GLN est le seul identifiant permettant d'identifier de façon univoque un médecin au sein d'un cabinet ou d'un centre médical. Cependant, dans la pratique les données de facturation transmises aux réseaux contiennent souvent seulement un numéro RCC/ZSR et il n'est pas toujours clair si ce RCC correspond à l'auteur de la facture (lettre « B » sur la facture) ou au fournisseur de prestations (lettre « P » sur la facture). Le GLN n'est pas systématiquement fourni ou envoyé sur les factures, malgré son statut de donnée obligatoire au niveau des standards de transmission. A noter que le numéro de contrôle (C/K) est également absent. Ces lacunes dans le pool de données compliquent considérablement l'attribution des prescriptions à un médecin donné dans un cabinet de groupe/centre médical et la comparaison équitable des pratiques entre médecins et entre régions.

Conséquences pour l'audit/feedback

Sans identifiant stable du prescripteur (GLN), les analyses doivent recourir à des approximations en s'intéressant uniquement à l'organisme payeur des factures plutôt que du fournisseur de soins effectif. L'impossibilité de distinguer clairement l'activité de plusieurs médecins au sein d'un même centre médical limite la capacité d'identifier des comportements potentiellement inhabituels ou des modèles de prescription.

11.4 Loi fédérale sur la protection des données (LPD)

L'entrée en vigueur de la nouvelle LPD permet de renforcer plusieurs principes notamment le consentement explicite et éclairé, la minimisation des données récoltées ainsi que des mesures techniques et organisationnelles robustes de protection. Néanmoins, certains assureurs interprètent la LPD de manière restrictive et considèrent qu'ils ne peuvent plus transmettre certains types de données. Cette situation crée un paradoxe : d'un côté, le législateur (via M25 et l'art. 21 LAMal) prévoit la mise à disposition de données, y compris médicamenteuses, à des fins de transparence et d'amélioration de la qualité et de l'autre, la combinaison des interprétations locales de la LPD et de l'absence de lignes directrices opérationnelles conduit à une diminution effective de la disponibilité des données pour les acteurs de terrain.

12 Volet 4 : Analyse de l'évolution de la consommation de médicaments type benzodiazépine

En Suisse, l'obtention de données de prescription médicamenteuse suffisamment détaillées pour une analyse fine (codes de médicaments, quantités, dates de dispensation, médecin prescripteur, etc.) repose principalement sur les flux de facturation entre prestataires de soins et assureurs-maladie. Ce type de données n'est pas disponible en temps réel : il existe un délai structurel d'acquisition et de consolidation (minimum 1 an).

Concrètement, plusieurs étapes introduisent ce décalage temporel. Les médecins et les pharmacies disposent d'un certain temps pour facturer leurs prestations et délivrances, les assureurs traitent, contrôlent et le cas échéant, corrigent les factures et finalement les entrepôts de données (internes ou de recherche) ne peuvent geler une année que lorsque la majorité des factures tardives et corrections ont été intégrées. A noter que les assurés ont également un délai de 5 ans pour transmettre ses factures selon la Loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA).

De ce fait, une année civile de soins n'est considérée comme stabilisée qu'avec un recul suffisant après la fin de l'année. En pratique, cela signifie que, au moment où l'analyse de cette étude a été réalisée, seules les données de certaines années antérieures (par exemple 2019–2020) étaient disponibles dans un format complet et fiable pour documenter les prescriptions détaillées.

Dans ce contexte, le nombre d'années de données utilisables pour cette étude n'est pas suffisant pour observer les états correspondant à la deuxième vague de cercles de qualité (CQ) qui a eu lieu en 2025. Autrement dit, il ne s'agit pas d'une lacune de suivi ou d'un choix méthodologique arbitraire, mais d'une limite inhérente au calendrier de disponibilité des données de facturation. Ainsi, les vagues de CQ sont organisées à des dates calendaires précises (ici, une seconde vague en 2025) et les données de prescription permettant de documenter finement la situation autour de cette vague ne seront intégralement accessibles qu'avec un certain retard, une fois les cycles de facturation et de consolidation achevés.

Ainsi, les années incluses dans l'étude constituent la fenêtre d'observation maximale réellement disponible à la date de l'analyse. Elles permettent de caractériser les profils de prescription et les PIM avant 2025, mais ne permettent pas encore de décrire ni d'évaluer l'impact de la seconde vague de CQ de 2025. Toute interprétation de cette vague ou de ses effets exigerait l'accès à des données plus récentes, qui, en raison du délai d'acquisition propre au système de santé suisse, ne sont pas encore entièrement consolidées au moment de l'étude.

Sources des données :

Données de facturation DeltaData : Dans le cadre des modèles *Managed Care* (MAA – modèle d'assurance alternatif) le Réseau Delta, via DeltaData, exploite : des données de facturation (claims) pour produire des indicateurs et suivre les prestations, des données d'affiliation (statut, réseau, date de contrôle, identification; statut réinitialisé lors d'un changement d'assureur), ainsi que des données de processus (bons de délégation/*gatekeeping*) et de pilotage (infractions, prestations en attente, patients inconnus). L'objectif est de sécuriser l'affiliation, piloter le parcours de soins et soutenir le fonctionnement du *Managed Care*.

Données de facturation SASIS : SASIS SA est un acteur informatique privé central du système de santé suisse, jouant un rôle de plaque tournante (statistiques, registres, carte d'assuré, standardisation administrative) et partenaire des assureurs-maladie. Elle détient les données de facturation les plus complètes et détaillées des assureurs en Suisse (sauf certaines caisses).

SASIS gère le RCC (registre des codes-créanciers) pour identifier les prestataires dans la facturation, et s'appuie sur le GLN (identifiant GS1) pour identifier de manière univoque un acteur/lieu, indispensable pour quantifier correctement les prestations.

Sur les factures établies par les acteurs de santé, il faut distinguer le GLN de l'auteur de facture (B) de celui du fournisseur de prestations (P). A l'heure actuelle, force est de constater que le système de santé est basé uniquement sur l'auteur de la facture et non sur le fournisseur de prestation, pourtant complémentaire et nécessaire pour juger de l'économicité des soins.

La complétude du GLN reste incomplète dans les données de prescriptions, possiblement en raison d'une transmission inégale par les assureurs et/ou des factures prestataires incomplètes. SASIS ne pouvant vérifier les factures originales, elle mesure et compare la complétude par assureur et intervient en cas d'écart qu'elle même jugerait significatifs.

Voir Résultats d'analyses, méthodologie analytique et détails des limitations à l'Annexe 1.

13 Volet 5 : Cercle de qualité thématique avec audit/feedback

- **Les Cercles de qualité Delta (médecin–médecin)**

Les Cercles de qualité (CQ) du Réseau Delta ont été développés il y a près de 30 ans par le Dr Marc-André Raetzo, co-fondateur au moment de la création du réseau avec le Dr Philippe Schaller. Ils constituent aujourd'hui le socle culturel et organisationnel de Delta. Les CQ sont des espaces protégés entre pairs, fondés sur la confiance, le respect et la confidentialité. Ils offrent un lieu d'échange, d'écoute et de réflexion autour de la pratique ambulatoire quotidienne, avec une attention particulière aux situations complexes ou délicates. Au fil

du temps, ils sont devenus non seulement un instrument d'amélioration de la qualité, mais aussi un espace de socialisation professionnelle, favorisant la connaissance mutuelle et la collaboration entre médecins. [33, 34]

Le principe pédagogique clé est la recherche de la variabilité des pratiques face à un même problème clinique. La littérature montre que cette variabilité est souvent injustifiée et source de non-qualité ou de coûts inutiles. Les CQ visent à mettre cette variabilité en lumière à partir d'un cas clinique vécu présenté par un participant, puis à amener le groupe à réfléchir collectivement aux différences observées. [35]

Le fait de verbaliser « ce que je fais » et de constater que d'autres agissent différemment augmente la probabilité de remise en question et de changement de comportement. Les différentes options sont d'abord recueillies sans jugement, puis la variabilité est mise en évidence et discutée de façon argumentée.

La taille de CQ optimale est maximum une dizaine de médecin en présentiel et un peu moins en visioconférence, permettant ainsi l'expression de chacun et une réelle dynamique de groupe.

L'animateur joue un rôle de modérateur plutôt que d'expert : il n'est pas là pour apporter la solution, mais pour orchestrer les échanges, faire émerger la variabilité et maintenir un bon équilibre entre rigueur méthodologique et ambiance conviviale. Les échanges d'informations et de documents se font via DeltaData ou par courriel entre membres du groupe.

- **Cercles de qualité thématiques (médecin–pharmacien) et audit/feedback**

Les Cercles de Qualité médecins–pharmaciens, initiés dès 1997 à dans le Canton de Fribourg par des pharmaciens d'officine visionnaires, sont une initiative interprofessionnelle visant à améliorer la qualité et l'économicité des prescriptions. Ils sont particulièrement répandus dans les cantons où la propharmacie est interdite et jouent un rôle de pont entre médecine de premier recours et la pharmacie d'officine (interprofessionnalité).

Leur fonctionnement repose sur des réunions régulières rassemblant médecins et pharmaciens d'une même région, la présentation de revues de littérature et de recommandations fondées sur des preuves des analyses de données de prescription (benchmark) issues notamment des données de facturation SASIS SA et l'utilisation de l'audit/feedback [36] pour comparer les pratiques, identifier les prescriptions inappropriées et promouvoir l'usage de génériques/biosimilaire notamment.[37-39]

Les objectifs sont de :

- Réfléchir collectivement aux habitudes de prescription du groupe
- Renforcer l'efficacité, la sécurité et l'économicité des traitements
- Réduire la variabilité injustifiée et la prescription de médicaments inappropriés
- Renforcer la collaboration et les compétences croisées entre médecins et pharmaciens.

Les études disponibles montrent que ces CQ interprofessionnels permettent de diminuer les coûts liés aux prescriptions inadéquates, augmenter l'usage de génériques et améliorer la qualité des soins par un meilleur alignement sur les directives basée sur les évidences (littérature scientifique).

Dans le projet qualité « Déprescription BZD 65+ », Delta s'appuie sur cette logique interprofessionnelle en développant des CQ thématiques centrés sur les benzodiazépines et autres PIM, intégrant systématiquement l'audit/feedback sur données de prescription détaillées.

Les données de facturation (ATC, DDD, profils d'usage chronique, alternatives) sont extraites via les assureurs et/ou SASIS SA, puis restituées sous forme d'indicateurs standardisés par médecin, par cercle et par canton. (voir prototype Rapport mpr BZD_Annexe 2)

Ces indicateurs peuvent alors être présentés et discutés en CQ: chaque professionnel peut se situer individuellement (codage permettant de garder la confidentialité du médecin) par rapport à ses pairs, identifier ses marges de progression et suivre l'évolution de ses pratiques.

L'articulation données–discussion–outils permet de prolonger la philosophie historique des CQ Delta (exploration de la variabilité) par une dimension quantitative structurée : les écarts entre pratiques ne sont plus seulement perçus qualitativement dans la discussion de cas, mais objectivés par des indicateurs de prescription. L'audit/feedback devient ainsi un complément naturel de la démarche de cercle, et non un instrument externe imposé.

Perspectives

En conclusion, l'expérience montre que les CQ interprofessionnels, lorsqu'ils sont bien outillés en données et en supports, renforcent la capacité des réseaux à piloter la qualité de la prescription (sécurité, pertinence, coûts).

Ils contribuent à un langage commun entre médecins et pharmaciens, facilitant les échanges autour de la déprescription BZD, des alternatives (TCC-I, hygiène du sommeil) et de la gestion de la polymédication dans le cas présent.

Ils constituent un cadre idéal pour déployer des interventions multimodales comme BZD 65+ : les indicateurs de DeltaData, les retours de SASIS SA, les outils de sevrage et les messages de communication grand public peuvent y être discutés, adaptés et ancrés dans la pratique locale.

À terme, le renforcement des CQ thématiques médecin–pharmacien avec audit/feedback, sur le modèle historique de pharmaSuisse et sur le socle méthodologique des CQ Delta, offre une plateforme structurée pour aborder d'autres PIM (anticholinergiques, opioïdes) et d'autres enjeux de qualité en médecine ambulatoire incluant la prévention et la promotion de la santé.

C) Liste des annexes

Annexe 1 : Résultats d'analyse de la consommation BZD

Annexe 2 : Prototype Rapport mpr BZD

Annexe 3 : Dossier Communication Déprescription BZD 65+

Annexe 4 : Résultat questionnaires VBHC (PROM/PREM)

Annexe 5 : Résultat Sondage Déprescription auprès de médecins Delta

Annexe 6 : Évaluation du webinaire TCC-I/ACT-I auprès de médecins Delta

Annexe 7 : Évaluation du concept du projet qualité par les médecins Delta

Annexe 8 : Évaluation de la formation pour assistant(e)s des médecins Delta

D) Liste des abréviations

ACT - I	Thérapie d'acceptation et d'engagement pour l'insomnie (<i>Acceptance and commitment therapy</i>)
AOS	Assurance des soins obligatoires
API	<i>Application Programming Interface</i>
ATC	Système de classification anatomique thérapeutique chimique
BZD	Benzodiazépines et analogues « <i>Z-drugs</i> »
CQ	Cercles de qualité
DDD	<i>Defined Daily Dose</i>
EAE	Efficacité, adéquation et économicité
FHIR	<i>Fast Healthcare Interoperability Resources</i>
IdP	<i>Identity Provider</i>
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LPD	Loi fédérale sur la protection des données
MPR	Médecin de premier recours
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OR	<i>Odds ratio</i>
EQ5D	<i>EuroQol-5 Dimensions (5-Level)</i>
PHQ9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PIM	Médicament potentiellement inapproprié
PPoD	<i>The Patient Perceptions of Deprescribing</i>
PREM	<i>Patient-Reported Experience Measures</i>
PROM	<i>Patient-Reported Outcome Measures</i>
rPATD	<i>Revised Patients' Attitudes Towards Deprescribing</i>
RR	Risque relatif
SSMIG	Société Suisse de Médecine Interne Générale
TCC-I	Thérapie cognitivo-comportementale-Insomnie
HRQoL	<i>Health-Related Quality of Life</i>
GLN	<i>Global Location Number</i>
RCC/ZSR	Registre des codes-créanciers

E) Sources bibliographiques

1. Shapoval, V., et al., *Barriers to Deprescribing Benzodiazepines in Older Adults in a Survey of European Physicians*. JAMA Netw Open, 2025. **8**(3): p. e2459883.
2. Sibille, F.X., et al., *Equipping physicians for benzodiazepine receptor agonists deprescription in older adults: theory-based development of the BE-SAFE intervention*. Res Social Adm Pharm, 2025. **21**(9): p. 714-721.
3. Katmeh, T., et al., *Sleep should not be this difficult: An interpretive descriptive study of older adults' perspectives on behaviour change elements in Sleepwell and experiences with benzodiazepine discontinuation*. J Sleep Res, 2025. **34**(1): p. e14282.
4. OFS, *Enquête suisse sur la santé de 1997 à 2022 : Troubles du sommeil dans la population*. 2024.
5. T., A. and e. al., *BE-SAFE Guideline on deprescription of benzodiazepine and sedative hypnotics (BSHs) in insomnia disorder*. 2023.
6. BE-SAFE. *Deprescription of benzodiazepine and sedative hypnotics (BSHs) in insomnia disorder*. 2023; Available from: <https://app.magicapp.org/#/guideline/7507>.
7. Barbaux, L., et al., *Effect of chronic benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use on sleep architecture and brain oscillations in older adults with chronic insomnia*. Sleep, 2025. **48**(10).
8. Hofe, I.V., et al., *Benzodiazepine use in relation to long-term dementia risk and imaging markers of neurodegeneration: a population-based study*. BMC Med, 2024. **22**(1): p. 266.
9. OBSAN, *Les médicaments psychotropes en Suisse: Quantités, coûts, acheteurset prescripteurs*. 2022.
10. Arn, A., et al., *[Benzodiazepines and elderly : challenges of prescribing and deprescribing]*. Rev Med Suisse, 2023. **19**(830): p. 1136-1140.
11. Ma, T.T., et al., *Global trends in the consumption of benzodiazepines and Z-drugs in 67 countries and regions from 2008 to 2018: a sales data analysis*. Sleep, 2023. **46**(10).
12. Luta, X., et al., *Patterns of benzodiazepine prescription among older adults in Switzerland: a cross-sectional analysis of claims data*. BMJ Open, 2020. **10**(1): p. e031156.
13. Riemann, D., et al., *The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023*. J Sleep Res, 2023. **32**(6): p. e14035.
14. MJ, Z., *Dossier thématique - Insomnie chez la personne âgée (Cercle de qualité thématique)*. 2025.
15. Zeraatkar, D., et al., *Comparative effectiveness of interventions to facilitate deprescription of benzodiazepines and other sedative hypnotics: systematic review and meta-analysis*. BMJ, 2025. **389**: p. e081336.
16. Shapoval, V., et al., *Barriers to discontinuing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a survey of older adults across Europe*. Age Ageing, 2025. **54**(12).
17. Eggli, Y., et al., *Potentially Inappropriate Medication Dispensing in Outpatients: Comparison of Different Measurement Approaches*. Risk Management and Healthcare Policy, 2023. **Volume 16**: p. 2565-2578.
18. Petein, C., et al., *Adaptation and validation of the revised Patients' Attitudes towards Deprescribing (rPATD) questionnaire for benzodiazepine receptor agonists*. Res Social Adm Pharm, 2023. **19**(9): p. 1278-1285.
19. K., K., S. RL., and W. JB. *Patient and Patient Health Questionnaire (PHQ)*. 1999; Available from: <https://www.phqscreeners.com>.
20. Martin, P. and C. Tannenbaum, *A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial*. BMJ Open, 2017. **7**(4): p. e015959.
21. Smith, J.D., et al., *Lessons learned from Canadian family physicians deprescribing medications in older adults - a five-year retrospective review of medico-legal cases*. BMC Geriatr, 2025. **26**(1): p. 88.
22. ehealthsuisse. *Centre de compétences et de coordination de la Confédération et des cantons*. 2025; Available from: <https://www.e-health-suisse.ch/fr/accueil>.
23. OFSP, *Programme pour promouvoir la transformation numérique dans le système de santé - DigiSanté*, in *Rapport 2025*. 2025.
24. Curran, R.L., et al., *Integrated displays to improve chronic disease management in ambulatory care: A SMART on FHIR application informed by mixed-methods user testing*. J Am Med Inform Assoc, 2020. **27**(8): p. 1225-1234.
25. NIH. *Licensing SNOMED CT*. 2021; Available from: https://www.nlm.nih.gov/healthit/snomedct/snomed_licensing.html.
26. Bugnon, B., et al., *Value Propositions for Digital Shared Medication Plans to Boost Patient-Health Care Professional Partnerships: Co-Design Study*. J Particip Med, 2025. **17**: p. e50828.
27. Campanella, P., et al., *The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis*. Eur J Public Health, 2016. **26**(1): p. 60-4.
28. S., G., *Wielding the Carrot and the Stick: How to Move the U.S. Health Care System Away from Fee-for-Service Payment*, T.C. Fund, Editor. 2013.
29. Sadoughi, F., S. Nasiri, and H. Ahmadi, *The impact of health information exchange on healthcare quality and cost-effectiveness: A systematic literature review*. Comput Methods Programs Biomed, 2018. **161**: p. 209-232.
30. O'Donnell, A., et al., *Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: a systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework*. BMC Med Inform Decis Mak, 2018. **18**(1): p. 101.
31. Rahal, R.M., et al., *Factors affecting the mature use of electronic medical records by primary care physicians: a systematic review*. BMC Med Inform Decis Mak, 2021. **21**(1): p. 67.

32. Datenaustausch, F. *Communication par voie électronique dans le secteur de la santé*. 2024]; Available from: <https://www.forum-datenaustausch.ch/fr/>.
33. Rohrbasser, A., et al., *Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae- A scoping review*. PLoS One, 2018. **13**(12): p. e0202616.
34. Rohrbasser, A., et al., *Understanding how and why quality circles improve standards of practice, enhance professional development and increase psychological well-being of general practitioners: a realist synthesis*. BMJ Open, 2022. **12**(5).
35. Kherad, O., et al., *Implementing a Multifaceted Intervention among Internal Medicine Residents with Audit and Educative Data Feedback Significantly Reduces Low-Value Care in Hospitalized Patients*. Journal of Clinical Medicine, 2022. **11**(9).
36. Manser, T. and J. Brhwiler, *Le feed-back un instrument en faveur de la qualité*. Bulletin des Médecins Suisses, 2019.
37. Mace, F., et al., *General practitioners-community pharmacists pharmacotherapy discussion groups: Analysis of their implementation through a series of case studies*. Explor Res Clin Soc Pharm, 2023. **12**: p. 100331.
38. Mena, S., et al., *Implementation of interprofessional quality circles on deprescribing in Swiss nursing homes: an observational study*. BMC Geriatr, 2023. **23**(1): p. 620.
39. O., B., et al., *Cercles de qualité médecinspharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription*. Rev Med Suisse 2012 ; 8 : 1042-8, 2012.