

La Transformation Tranquille des Systèmes de Santé aux USA et en Suisse

Pr Victor G. Rodwin, Ph.D, MPH, New York University¹ and Dr Mathias Waelli, Ph.D,
Université de Genève²

Résumé

Dans tous les systèmes de santé des pays de l'OCDE, les acteurs politiques ont de la transformation plein la bouche. Les enjeux rencontrés se ressemblent : vieillissement des populations, complexification technique et organisationnelle des prises en charge, inégalités d'accès aux soins, augmentation des coûts et de la pression sur le travail... mais les chemins empruntés dépendent des caractéristiques, politiques, culturelles, géographiques, démographiques, financières, locales. Ainsi, les politiques adoptées diffèrent beaucoup d'un système à l'autre. Le système suisse, qui possède de nombreuses homologues avec le contexte Etats-unien, a engagé de nombreuses réformes qui visent à une meilleure intégration des soins. Le cas des USA, où certaines de ces transformations ont été mises-en-oeuvre avec plus ou moins de succès depuis plusieurs décennies éclaire le processus en cours en Suisse. Ces similitudes ne doivent cependant pas faire oublier des différences importantes entre la Suisse et les USA, notamment en ce qui concerne le rôle de l'Etat fédéral.

Abstract

In health systems among OECD nations, policymakers and key stakeholders have increasingly invoked the necessity of healthcare transformation. The challenges are similar: aging

¹ Wagner School of Public Service, New York University, 105 E. 17th St., New York, NY 1003;
Victor.rodwin@nyu.edu; ORCID No.-0000000224116185

² Healthcare Organizations Management (HOM)-Research Lab, Institut de santé Globale, Faculté de Médecine, Université de Genève, 9 chemin des mines 1202 Genève, simon.waelli@unige.ch Auteur de correspondance.

populations, increasing technical and organizational complexity in care delivery, inequalities in access to care, rising costs, and growing pressure on the workforce... but the paths taken depend on each country's political, cultural, geographic, demographic, financial, and local characteristics. As a result, the policies adopted vary from one nation to another. The Swiss system, which is rooted in values that resemble those in the USA, has undertaken numerous reforms aimed at improving care integration. The case of the USA where such integration has been implemented with varying degrees of success over several decades, sheds light on the ongoing process in Switzerland. However, these similarities should not overshadow significant differences between Switzerland and the USA, particularly regarding the role of the federal government.

Contexte : la transformation au cœur des politiques de santé

Au cours des dernières décennies, les décideurs politiques ont concentré leurs efforts sur la transformation des systèmes de santé, en mettant l'accent sur la coordination, l'intégration et l'équité, tout en maîtrisant la hausse des coûts. Aux États-Unis, le principal assureur public, Medicare, a nommé en 2023, un Chief Transformation Officer. En France, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), a souligné la nécessité de « transformer en profondeur le système de santé ». En Suisse, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a organisé en 2023 une conférence intitulée : « Forum suisse pour la durabilité du système de santé : comment réussir la transformation ? »

Les défis de la transformation

Dans la plupart des systèmes de santé, l'augmentation des spécialités médicales, l'intégration de technologies de plus en plus complexes, l'apparition continue de nouveaux

médicaments et dispositifs rendent les parcours de soins inintelligibles et la navigation difficile pour les patients. Nombreux sont ceux qui, en quête d'une prise en charge rapide et de qualité, se heurtent à des obstacles frustrants : délais d'attente importants, incertitudes liées au financement, et complexité du suivi pour compléter les diagnostics ou initier le traitement adéquat. La coordination entre les différents niveaux de soins reste souvent lacunaire, en particulier pour les personnes âgées atteintes de comorbidités multiples. Par ailleurs, l'évolution démographique et technologique, les inégalités persistantes d'accès aux soins, ainsi que la hausse continue des coûts exacerbent les défis rencontrés dans la transformation des systèmes de santé.

Diversité des chemins et conditions convergentes aux USA et en Suisse

Confrontés à des défis et des pressions similaires, les pays de l'OCDE poursuivent des trajectoires différentes en matière de transformation des systèmes de santé. Parmi ces pays, la Suisse partage avec les USA un certain nombre de valeurs qui rendent la comparaison des deux expériences pertinentes : *le fédéralisme* (l'acceptation d'une grande variation entre cantons dans la définition des niveaux de subventions aux primes d'assurance maladie, ainsi que dans les politiques locales hospitalières et de santé publique) ; *le localisme* (la tolérance au contrôle infranational et au pluralisme dans des populations diverses, avec l'idée que le financement et l'organisation des soins doivent répondre aux préférences locales) ; *le privatisme* (la prédominance des assurances privées et la pratique médicale rémunérée à l'acte) ; et *l'individualisme* (l'idée que les assurés doivent pouvoir choisir leur niveau de couverture et leurs prestataires). C'est vraisemblablement à cause de ces convergences entre les USA et la Suisse et parce que son système de santé diffère des modèles européens inspirés par Bismarck ou Beveridge, que les acteurs suisses du secteur de la santé se réfèrent souvent au modèle américain.

Aux U.S.A. Malgré une tradition de planification sanitaire — qui a favorisé la collecte et l'analyse de données de meilleure qualité ainsi que le dialogue entre les hôpitaux et les autres acteurs de santé — il n'a jamais existé aux Etats-Unis de plan national visant une transformation systémique de l'ensemble du système de santé.¹ Après la Seconde Guerre mondiale, la politique fédérale de santé s'est principalement orientée vers le soutien à la recherche biomédicale, l'expansion et la modernisation des hôpitaux, et l'augmentation des effectifs du personnel de santé. Toutefois, ces investissements — rapportés au PIB — n'ont pas conduit à une amélioration notable de l'état de santé de la population. Néanmoins, le pays est largement reconnu comme pionnier dans le développement de modèles variés de systèmes de santé, s'inscrivant dans un continuum plus ou moins intégré entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires de proximité (incluant les médecins de premier recours et les spécialistes exerçant en dehors de l'hôpital).²

On peut retracer l'origine de ces transformations aux années 1930 (Ross-Loos Clinic à Los Angeles), 1945 (Kaiser Permanente à Oakland en Californie) et 1947 (Health Insurance Plan of Greater New York). Ces groupes privés à but non lucratifs ont inspiré le Health Maintenance Organization (HMO) Act de 1973 qui a accordé des fonds pour encourager leur développement.³ Cependant, les Etats-Unis se distinguent par un modèle de gestion des soins aux fondamentalement orienté par le marché. Au cours des trois dernières décennies, une prolifération d'organismes de soins coordonnés (MCOs) a vu le jour, allant des associations de praticiens indépendants (IPAs) aux organisations de prestataires privilégiés (PPOs), jusqu'aux organisations de soins responsables (ACOs), ou plus simplement les « réseaux » de médecins et d'hôpitaux sélectionnés par les assureurs pour offrir des soins à des tarifs négociés.

Bien que des systèmes intégrés privés à but non lucratif se soient développés à travers le pays — Intermountain Health Care dans l’Utah ou le Mayo Clinic Health System au Minnesota, en Iowa et au Wisconsin — ces modèles n’ont jamais acquis une position dominante dans le système de soins. Même en Californie du Nord, où il est solidement implanté, Kaiser Permanente n’a jamais couvert plus de 40 % de la population. De même, les ACOs, introduites par l’Affordable Care Act (ACA) n’ont jamais inclus plus d’un cinquième des bénéficiaires de Medicare.^{4 5 6}

À l’inverse, les MCOs à but lucratif ont connu une croissance rapide. Ces organisations couvrent aujourd’hui environ la moitié des bénéficiaires de Medicare, une proportion encore plus élevée parmi les bénéficiaires de Medicaid, et détiennent une part de marché dominante dans l’assurance maladie privée proposée par les employeurs. Cette évolution illustre la montée en puissance de la logique bureaucratique et financière (“corporatization”) dans le secteur de la santé, remettant en cause la vision traditionnelle selon laquelle les soins de santé relèveraient avant tout d’un « engagement communautaire. »⁷ Au cours de la dernière décennie, le secteur hospitalier —établissements à but lucratif ou non — a connu une importante consolidation horizontale, donnant naissance à de vastes réseaux hospitaliers.

Ces méga-systèmes ont ensuite poursuivi une intégration verticale, en absorbant progressivement des groupes de médecins. Si bien qu’en 2023, 54 % des médecins étaient salariés d’hôpitaux, tout en exerçant dans leurs cabinets de proximité, et 22 % étaient employés par d’autres entités commerciales.⁸ Le résultat paradoxal de cette tendance est que la transformation du système s’est passée plus rapidement aux USA qu’en France et en Suisse, suivant un processus Schumpeterien de destruction créatrice.^{9 10} La question qui suscite la controverse dans les débats actuels sur les politiques de santé est de savoir si les nouvelles

formes d'intégration, souvent impulsées par des entreprises à but lucratif, des fonds de capital-investissement et motivées par la recherche du profit, permettront de contenir la hausse des coûts tout en améliorant l'accès aux soins, la coordination et la qualité.^{11 12}

USA/Suisse, des similitudes et des spécificités locales

Il y a de nombreuses homologues entre les transformations actuelles du système suisse et celles qui ont parcouru le système Etats-unien. Cela dit, d'importantes différences subsistent. Depuis 1996 en Suisse, avec la mise en place de la loi sur l'assurance maladie universelle (LAMal), le gouvernement fédéral régule les niveaux de primes d'assurance ainsi que les paiements aux prestataires. Contrairement aux organisations de soins intégrés (MCOs) et à la croissance des contrats sélectifs entre assureurs et réseaux de prestataires aux États-Unis, les plans de soins intégrés (managed care) suisses ne peuvent jamais totalement restreindre le choix des assurés. Ils imposent seulement une forme de « porte d'entrée », avant de consulter un spécialiste.

D'autres différences importantes existent encore entre les États-Unis et la Suisse, notamment la taille relative des populations, le meilleur état de santé général de la population suisse par rapport à la population américaine, ainsi que la nature plus régressive du financement des soins en Suisse.¹³ Face aux défis posés par la convergence des mutations démographiques et technologiques, deux caractéristiques du système suisse méritent une attention particulière. La première concerne la capacité du gouvernement fédéral à impulser le changement ; la seconde touche à l'attachement profond de la population à la médecine libérale, ainsi qu'à l'autonomie des cantons dans la gestion des hôpitaux publics et des systèmes de santé.

Si la Suisse partage avec les États-Unis une structure politique fédérale, la comparaison révèle des différences notables dans l'organisation et le pilotage du système de santé. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral joue un rôle beaucoup plus central dans de nombreux domaines de la politique de santé, notamment par le biais de son propre système intégré de soins, le Veterans Health Administration (VHA). Depuis les débuts de la République, le Public Health Service américain a mobilisé un corps de professionnels de santé, de scientifiques et d'ingénieurs, actifs dans plusieurs départements fédéraux pour protéger et promouvoir la santé publique.

Des agences telles que les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), les National Institutes of Health (NIH) ou encore la Food and Drug Administration (FDA) relèvent également du gouvernement fédéral, via le Department of Health and Human Services (DHHS). À ces institutions s'ajoutent plusieurs programmes fédéraux souvent négligés dans les analyses du système américain. Parmi eux : le National Health Service Corps, qui finance la formation de professionnels de santé en échange d'un engagement à exercer dans des zones sous-dotées ; ainsi que des programmes nationaux de soutien à la santé maternelle et infantile, à la prévention et au traitement des addictions, à la santé mentale, ou encore à la prise en charge des populations amérindiennes.

Le rôle financier de l'État fédéral est également considérable. Aux États-Unis, environ 41 % des dépenses de santé sont financées par des assurances publiques, et 15 % supplémentaires par des programmes publics visant à améliorer l'accès aux soins.¹⁴ Contrairement à la Suisse, où les financements publics relèvent majoritairement des cantons, la majorité des fonds publics aux États-Unis proviennent du niveau fédéral, avec une participation complémentaire des États, notamment pour Medicaid et d'autres programmes sociaux. Ces financements incluent également les subventions de l'État fédéral, introduites avec l'Affordable Care Act (ACA), et les

exonérations fiscales accordées aux employeurs pour les primes d'assurance maladie versées à leurs salariés.

L'assurance privée couvre environ 33 % des dépenses de santé, tandis que les restes à charge des patients représentent les 11 % restants. Il est important de souligner qu'environ 56 % du financement du système de santé américain repose sur des taxes proportionnelles au revenu, ce qui rend ce système plus progressif que celui de la Suisse. Entre 2005 et 2016, l'expansion de la couverture via Medicaid et les marchés ACA – deux mécanismes de financement progressif – a contribué à une évolution du financement, passant d'un modèle régressif à un modèle plus proportionnel.¹⁵ Cette tendance s'est poursuivie aux États-Unis, avec une augmentation constante du nombre de bénéficiaires de Medicaid et des assurances souscrites via les marchés de l'ACA.

En Suisse, en revanche, seules 34 % des dépenses de santé étaient financées par des fonds publics en 2021. Cette part provient principalement des cantons, avec des contributions modestes (moins de 2 %) de la part de certaines communes et de la Confédération. Ces fonds publics sont issus de la fiscalité, et donc liés au revenu. Environ deux tiers de ces ressources (66 %) servent aujourd'hui à financer les fournisseurs de soins. Par ailleurs, 18 % de ces fonds sont consacrés à des subventions destinées à alléger les primes d'assurance maladie pour les personnes dont le revenu est inférieur à un seuil fixé par chaque canton. Enfin, environ 15 % sont affectés au financement de primes d'assurances sociales obligatoires, elles aussi indexées sur le revenu, couvrant les accidents professionnels (pour les salariés), les assurances invalidité, ainsi que les prestations de santé pour les militaires.

L'un des traits distinctifs du financement de la santé en Suisse réside dans la place occupée par l'assurance maladie de base (LAMal), qui couvre à elle seule 36 % des dépenses. Or,

cette part repose sur des primes individuelles indépendantes du revenu. Si l'on y ajoute les assurances complémentaires (7 %) et les paiements directs des ménages (22 %), on observe que 65 % du financement total du système de santé suisse provient de sources non liées au revenu. Ce mode de financement est donc structurellement régressif, pesant proportionnellement davantage sur les personnes à faible revenu.¹⁶ Environ 30 % de la population suisse bénéficie de subventions partielles pour le paiement des primes, subventions incluses dans la part de 34 % des dépenses de santé financées par les pouvoirs publics.

Depuis l'introduction de la LAMal en 1996, le rôle de la Confédération s'est progressivement renforcé, bien que toujours encadré par les importantes limites imposées par la Constitution. En 2013, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a proposé une feuille de route ambitieuse pour la politique de santé à l'échelle nationale.¹⁷ Par ailleurs, le Conseil fédéral, en collaboration avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), a établi des standards communs pour la formation et la régulation des professionnels de santé, ainsi que pour la gestion des épidémies — comme cela s'est vu récemment lors de la pandémie de COVID-19.

En 2019, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a réuni les principaux acteurs du système et publié une stratégie « Santé 2030 ». Ce document souligne l'importance de surmonter la fragmentation actuelle du système et le déficit de gouvernance à l'échelle nationale. Il met également en avant plusieurs axes prioritaires : renforcer la prévention et la promotion de la santé, améliorer les systèmes d'information, rationaliser les capacités hospitalières et la coordination entre hôpitaux et soins ambulatoires, et enfin, réduire les disparités intercantionales en matière d'état de santé, d'accès aux soins de premier recours et de qualité des prestations.¹⁸ En 2023, la Confédération a approuvé l'article 59b de la LAMal, autorisant le lancement de projets

pilotes visant à expérimenter de nouvelles formes d'organisations de soins intégrées, dans le but de mieux maîtriser les coûts, d'améliorer la qualité des soins et de promouvoir l'usage du dossier électronique du patient (DEP).

Parallèlement, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a financé un rapport ainsi que des mesures préliminaires en vue de la « transformation numérique » du système de santé. Cette initiative porte notamment sur la standardisation des données médicales, l'interopérabilité des systèmes d'information et l'amélioration de la qualité des données cliniques disponibles à l'échelle nationale.¹⁹

Les tentatives précédentes de renforcement du rôle de la Confédération dans le domaine de la santé ont échoué. En 2007, une initiative visant à instaurer un assureur public unique a été rejetée en votation populaire, tout comme en 2012 une proposition en faveur de réseaux de soins intégrés et de programmes nationaux de promotion de la santé.

L'OFSP se trouve ainsi confronté à une situation comparable à celle du Surgeon General aux États-Unis : un manque de pouvoir décisionnel. Leurs recommandations, souvent pertinentes, demeurent cantonnées au registre de l'exhortation morale, faute de leviers institutionnels pour en assurer la mise en œuvre.

En Suisse, une difficulté supplémentaire tient à la faible part du financement de la santé assurée par la Confédération. Ce déséquilibre limite fortement sa capacité d'action. Le principe bien connu selon lequel « celui qui paie commande » s'applique ici avec force. C'est pourquoi de nombreux analystes de la politique de santé suisse estiment que tout transfert de compétences supplémentaires à l'échelon fédéral devrait impérativement s'accompagner d'un renforcement du financement public par la Confédération — et, le cas échéant, d'une révision constitutionnelle en ce sens.^{20 21} D'ailleurs, le rapport issu de la dernière Conférence de l'Académie Suisse des

Sciences Médicales (ASSM) va dans ce sens, en proposant explicitement l'adoption d'une loi fédérale permettant d'ancrer ces évolutions dans le cadre constitutionnel.²²

Conclusion

Les États-Unis bénéficient d'une longue expérience en matière de *managed care*, avec une grande diversité de modèles visant à intégrer les services, coordonner les parcours de soins et maîtriser les coûts. Ces modèles couvrent une part bien plus importante de la population assurée qu'en Suisse.

Dans ce contexte segmenté de couverture d'assurance, il n'est pas surprenant que les coûts administratifs représentent une part significative des dépenses de santé : 8,2 % aux États-Unis, contre seulement 3,6 % en Suisse.²³ La diversité des modèles de *managed care* américains – publics, à but non lucratif, à but lucratif, opérant à l'échelle locale (d'un ou plusieurs États) ou nationale – confronte les gestionnaires de santé à deux problèmes majeurs. D'une part, les connaissances restent limitées sur la performance comparative de ces différentes structures qui assurent à la fois l'assurance maladie et l'accès aux services. D'autre part, bien que l'intégration verticale des hôpitaux et des soins ambulatoires ait profondément modifié l'architecture du système, les résultats escomptés ne sont pas au rendez-vous : les coûts n'ont pas été maîtrisés, l'équité d'accès ne s'est pas améliorée, et il n'existe pas de preuves convaincantes d'un renforcement de la coordination, de la sécurité, de l'efficacité administrative, ni même de la satisfaction des patients ou des résultats cliniques. Selon les enquêtes internationales du Commonwealth Fund, les États-Unis affichent des performances relativement faibles sur la majorité des 70 indicateurs comparés à la Suisse.²⁴

Par rapport au système d'assurance maladie aux USA, la Suisse se distingue par deux caractéristiques majeures : la séparation entre médecine libérale et hôpitaux est soutenue par le mode de rémunération et le managed care à la Suisse ne restreint pas aussi fortement qu'aux USA l'accès des patients à un réseau délimité d'hôpitaux. En revanche, en matière de gouvernance, les gestionnaires de santé suisses se heurtent à un problème inverse de celui de leurs homologues américains : un excès de contrôle local exercé par les cantons, ce qui limite l'autonomie de la majorité des hôpitaux. Cette situation amène de nombreux analystes à décrire la Suisse comme une confédération de 26 systèmes de santé autonomes, sans pilote central chargé d'orienter les politiques de transformation, de maîtrise des coûts ou de réduction des inégalités.²⁵

Les assureurs suisses ont développé plusieurs modèles de managed care dits « souples ». L'introduction de l'article 59b dans la LAMal, qui autorise les projets pilotes de nouvelles organisations de soins, pourrait stimuler leur développement.²⁶ Combinée aux initiatives de transformation numérique et aux appels politiques à une meilleure coordination, cette évolution ouvre des opportunités de réforme. Toutefois, l'attachement des parties prenantes à l'ordre établi, conjugué à la faiblesse structurelle du pouvoir fédéral, suggère qu'en Suisse, les transformations du système de santé prendront vraisemblablement la forme d'une évolution progressive, par petites étapes, produit de la diffusion d'initiatives locales.

Implications pratiques-Take-Aways :

1. La transformation des systèmes de santé est à l'ordre du jour dans les pays de l'OCDE
2. Les défis de la transformation tournent autour de la coordination entre différents niveaux de soins, les inégalités d'accès aux services et la hausse continue des coûts
3. Puisque la Suisse partage des valeurs importantes avec les USA — fédéralisme, localisme, privatisisme et l'individualisme — l'expérience États-unienne de certaines transformations mises-en-oeuvre éclaire le processus en cours en Suisse.

4. Toutefois, l'attachement des acteurs politiques, conjugué à la faiblesse structurelle du pouvoir fédéral, suggère qu'en Suisse, les transformations du système de santé prendront la forme d'une évolution progressive, par petites étapes, produit de la diffusion d'initiatives locales.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts

Bibliographie

1. Rodwin V. *The Health Planning Predicament*. University of California; 1984.
2. Rodwin VG. La révolution tranquille du managed care aux États-Unis. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Presses de Sciences Po; 2009:215-224:chap 21.
3. Brown L. *Politics and health care organization: HMOs as federal policy*. Brookings Institution Press; 2010.
4. Muhlestein D, Bleser WK, Saunders RS, Richards R, Singletary E, McClellan MB. Spread of ACOs and value-based payment models in 2019: gauging the impact of pathways to success. *Health Affairs Forefront*. 2019;
5. Apathy NC, Holmgren AJ, Werner RM. Growth in health information exchange with ACO market penetration. *American Journal of Managed Care*. 2022;(1)
6. CMS Announces Increase in 2023 in Organizations and Beneficiaries Benefiting from Coordinated Care in Accountable Care Relationship. CMS.gov; 2023. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-increase-2023-organizations-and-beneficiaries-benefiting-coordinated-care-accountable>
7. Services NCoCH. *Health is a Community Affair: Report*. vol 10. Harvard University Press; 1966.
8. Richman BD, Schulman KA. Restoring Physician Authority in an Era of Hospital Dominance. *JAMA*. 2022;328(24):2400-2401.
9. Schumpeter JA. *Capitalism, socialism and democracy*. routledge; 2013.
10. Topol E. *The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care*. Basic books; 2012.
11. Berwick DM. Salve lucrum: the existential threat of greed in US health care. *JAMA*. 2023;329(8):629-630.

12. Olson LK. *Ethically challenged: private equity storms US health care*. JHU Press; 2022.
13. Crivelli L, Salari P. The impact of federalism on the healthcare system in terms of efficiency, equity, and cost containment: the case of Switzerland. *Health care provision and patient mobility: Health integration in the European Union*. 2014:155-178.
14. Rice T. *Health Insurance Systems: An International Comparison*. Academic Press; 2021.
15. Jacobs PD, Selden TM. Changes in the equity of US health care financing in the period 2005–16. *Health Affairs*. 2019;38(11):1791-1800.
16. Bolgiani I, Crivelli L, Domenighetti* G. Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse. *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2):239-262.
17. Health 2020, The Federal Council's Health Policy Priorities. Federal Department of Home Affairs. file:///Users/newuser/Downloads/report-health2020%20(2).pdf
18. The Federal Council's health policy strategy 2020–2030. <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
19. DigiSanté : promouvoir la transformation numérique du système de santé.
20. Crivelli L, De Pietro C. Federal government, cantons and direct democracy in the Swiss health system. *Health reforms across the world: the experience of twelve small and medium-sized nations with changing their healthcare systems* World Scientific Press, Singapore. 2020:151-182.
21. Levy M. The rise of the Swiss regulatory healthcare state: On preserving the just in the quest for the better (or less expensive?). *Regulation & Governance*. 2022;16(2):427-447.
22. Monod S, Pin S, Levy M, Grandchamp C, Mariétan X, Courvoisier N. Analyse de la gouvernance du système de santé suisse et proposition d'une loi fédérale sur la santé. 2024;
23. Hagenaars LL, Klazinga NS, Mueller M, Morgan DJ, Jeurissen PP. How and why do countries differ in their governance and financing related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology. *The International journal of health planning and management*. 2018;33(1):e263-e278.
24. Schneider EC, Shah A, Doty MM, et al. Reflecting poorly: health care in the US compared to other high-income countries. *New York: The Commonwealth Fund*. 2021;4
25. Monod S, Cavalli V, Pin S, Grandchamp C. Système de santé suisse: y a-t-il un pilote dans la machine. *Rev Med Suisse*. 2023;18:583-8.
26. Chapitre 4a202 Projets pilotes visant à maîtriser les coûts. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr#tit_2/chap_4_a