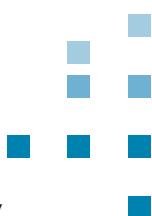




Les défis de l'innovation du système suisse de santé



Rev Med Suisse 2009; 5: 1844-7

S. Rossini

Pr Stéphane Rossini
Master en action et politiques sociales
HES-SO
Maîtrise en administration publique
Ecole d'études sociales et pédagogiques (EESP), Conseiller national
1010 Lausanne
srossini@eesp.ch

La révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie, entreprise au début des années 2000, a produit à ce jour peu d'effets. Or, l'évolution des coûts du système de santé et du

financement des primes, les attentes de la population et les besoins induits par le vieillissement ou les progrès technologiques imposent des mesures pour garantir à long terme la qualité des prestations, dans un système accessible à tous, répondant à l'exigence d'une allocation optimale des ressources. Moderniser les structures et mécanismes de la politique sanitaire suisse constitue un double défi: de l'innovation et de la solidarité.

CONTEXTE POLITIQUE

Depuis le rejet de la révision LAMal par le Conseil national, en 2003, le dossier de la politique de la santé se caractérise par un traitement chaotique, parcelisé, fait de blocages et d'incertitudes.¹ En mai 2004, le Conseil fédéral dévoilait huit axes de révision.² A ce jour, des décisions ont été prises dans les domaines de la compensation des risques, du financement hospitalier et des soins. Ces mesures entreront en vigueur dès juillet 2010 pour le financement des soins, dès 2012 pour le financement hospitalier, les phases transitoires durant jusqu'en 2017. Et puis, deux débats sur des objets en rupture d'avec le système existant ont animé la scène politique. Celui de l'initiative pour l'introduction d'une caisse-maladie unique et sociale;³ celui de la privatisation et la concurrence dans le domaine de la santé.⁴ Ces projets ayant échoué, des aménagements restent impératifs pour accroître la solidarité, l'efficacité et l'efficience de la politique sanitaire.

Le contexte des réformes est, institutionnellement et politiquement, difficile. Au printemps 2009, la grève des médecins et l'annonce de primes LAMal 2010 en forte hausse (de 10 à 20% selon les caisses et les cantons)⁵ exacerbent les tensions entre les acteurs. Ces phénomènes sont l'occasion de remettre sur l'avant de la scène l'ambition politique d'entreprendre concertation et réformes pour innover.

C'est que, depuis vingt ans, aucune décision contraignante dans le sens d'une politique nationale de la santé n'a été prise. Aucune stratégie fondée sur des principes rigoureux et une vision d'ensemble, dans l'esprit de la sécurité sociale, n'a été pensée. Or, les mutations qui caractérisent le fonctionnement sociétal, les comportements individuels et les systèmes de santé empêchent de se satisfaire d'une approche cantonnée à des mesures ponctuelles et superficielles.

La quête de pouvoir des acteurs (assureurs, cantons ou médecins) comporte une dynamique positive, à exploiter.⁶ Toutefois, en l'absence de réel pilotage, tous ont les coudées franches pour privilégier leurs intérêts et leurs régionalismes. Sans agir sur les mécanismes fondamentaux qui régissent le système, aucune inversion des tendances à l'évolution massive des primes n'est envisageable ces prochaines années.

PROBLÈMES STRUCTURELS

Les problèmes à résoudre relèvent de la structure même du système. Ses modalités d'organisation et mécanismes de fonctionnement produisent des biais et effets pervers se répercutant sur la gouvernance et les coûts. Ce sont:

1. le fédéralisme, éclaté et cloisonné, aux responsabilités diluées entre la Confédération, 26 cantons, les communes, aux frontières cantonales désuètes, aux multiples conventions intercantoniales et régionales, atteint les limites de son efficacité. Sans cohérence et sans pilotage effectif, cette décentralisation s'avère de plus en plus problématique. Manque de vision d'ensemble et d'objectifs communs, de stratégie, de transparence, inégalités de traitement, décisions contradictoires, lenteur des réformes, concertation et coordination insuffisantes nuisent à l'utilisation optimale des ressources.
2. La concurrence. Viser une stricte rationalité économique «de marché» dans le

1 La situation n'a historiquement rien d'exceptionnelle. Elle a largement prévalu avant et pendant les débats sur l'élaboration de la loi fédérale sur l'assurance maladie LAMal de 1994. Voir: Gilliland P, et al. Assurance-maladie: quelle révision? Lausanne: Réalités sociales, 1990.

2 Conseil fédéral, messages concernant la révision de la loi fédérale sur l'assurance maladie (04.031 Stratégies et thèmes urgents, 04.032 – 04.033 – 04.034).

3 Initier par le Mouvement populaire des familles. Rejeté en votation populaire, le 11 mars 2007, par 71,2% des voix.

4 Contre-projet à l'initiative populaire de l'Union démocratique du centre «Pour une baisse des primes d'assurance maladie», dit aussi «Pour la privatisation du système de santé», rejeté en votation populaire, le 1er juin 2008, par 69,5% des voix.

5 Après les effets d'annonce, les augmentations risquent d'avoiser plutôt les 5 à 10%.

6 Pensons à la forte représentation des assureurs, via des députés membres de Conseils d'administration de caisses-maladie, au sein de la Commission de la santé et de la sécurité sociale du Conseil des Etats. L'incompatibilité entre le mandat de parlementaire et une fonction au sein des caisses a d'ailleurs été relevée par un avis de droit de la Pr R. Kägi-Diener (3.11.2008, St-Gall).



système de santé serait une aventure périlleuse. Dans ce domaine, l'offre de prestations induit la demande, alors que les moyens sont limités. De plus, le «client» est particulier: atteint dans sa santé, mal ou pas informé, incapable de choisir seul le traitement opportun. Garantir des critères de justice sociale implique l'introduction de mécanismes de régulation induisant de facto des distorsions de concurrence.

3. La pluralité des assureurs, les inégalités de traitement et de pratiques et les effets indésirables ou pervers qui en découlent sont coûteux pour les assurés. De plus, la confusion entre assurance sociale obligatoire et assurance complémentaire privée est incongrue.

4. Les primes d'assurance maladie par tête, indépendantes de la situation économique de l'assuré ou du ménage, avec des distinctions régionales sont une spécificité helvétique et un non-sens social. De plus, les pratiques disparates en matière de réduction des primes instituent des pluralités cantonales injustes pour les assurés.

5. Le financement différencié des traitements. Les soins, selon qu'ils sont dispensés en cabinet ambulatoire privé, en hôpital, en EMS ou à domicile, sont financés selon des principes différents, soit par l'assurance maladie, seule ou avec les cantons, soit par les cantons et/ou les communes, soit par les bénéficiaires via les caisses-maladie. Une telle organisation des financements est complexe et source de biais.

6. La pluralité des lois. Plusieurs législations d'assurances sociales (LAMal, LAA, LAI, militaire) financent les soins, avec des problèmes de coordination et des différences de traitement.

Dans un tel environnement systémique, la discussion sur l'évolution des coûts de l'assurance maladie ne renvoie donc qu'à une problématique partielle du débat.

⁷ Rossini S, Baudraz B. *Les oubliés de la protection sociale*. Lausanne: Réalités sociales, 2004.

⁸ Chancellerie fédérale. *Défis 2007-2011. Evolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale*. Berne, 2007.

⁹ Rossini S. *Au nom de la Solidarité*, Aire, Vevey, 2007, 103-7. Rossini S. *Für eine neue Vision der sozialen Sicherheit*, in Rote Revue, Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur, Bern, 2008; I, 2-6.

¹⁰ La commission de la sécurité sociale du Conseil des Etats (août 2005) avait élaboré un projet dans ce sens, projet finalement refusé en raison notamment d'une vive opposition des cantons.

RÉFORMES: LA PLURALITÉ DES ACTIONS

Un réel espace d'actions pour relever les défis posés au système de santé et contribuer à l'accroissement de son efficience existe. Aux acteurs d'entreprendre avec célérité ces réformes.

Principes et alliances

Cinq conditions devraient fonder le développement du système de santé:

- 1.** la solidarité et la régulation de service public en matière d'offre, d'accès, de financement⁷ et d'organisation.
- 2.** La qualité des prestations, indistinctement de la couverture d'assurance ou du lieu de domicile.
- 3.** La réduction des inégalités de prestations et de financements.
- 4.** L'innovation de la prise en charge.
- 5.** L'alliance thérapeutique entre médecins et autorités sanitaires. La consommation médicale expliquant les coûts, c'est elle qu'il convient de maîtriser. Au cœur du processus thérapeutique, le médecin est ainsi l'acteur clé du système.

Ces conditions ne vont pas de soi. Les débats de politique sanitaire et sociale l'attestent, marqués de plus en plus par une banalisation des principes fondamentaux et la confusion des genres.

Revisiter les structures et innover

Revoir les structures de la politique sanitaire est un passage obligé.

• Gouvernance. Comme le relève le Conseil fédéral,⁸ il convient de réformer le fonctionnement fédéraliste suisse. Le domaine de la santé devrait être une priorité pour redéfinir les compétences, tâches et responsabilités, pour le simplifier et lui garantir une cohérence. Il faut un pilote!

• Politique nationale de santé. Cette réforme n'aura de sens que si elle débouche sur une véritable politique nationale de santé. Le futur du système de santé sera efficace si pensé et construit autour d'une vision commune, d'objectifs uniformes, de moyens et d'un agenda.

• Harmonisations LAMal – LAA. Le système d'assurances sociales est complexe, constitué de régimes sociaux «empilés» au gré des développements historiques de la sécurité sociale. Les assurances maladie, accidents, invalidité et militaire interviennent dans le domaine de la santé. Des inégalités de traitement, des difficultés et conflits de coordina-

tion, des effets pervers et des incohérences caractérisent les relations entre ces régimes. La refonte des assurances maladie et accidents permettra une modernisation de l'Etat social. Un régime «Santé et soins» pourrait simplifier le système et en accroître la qualité.⁹

• L'uniformisation des financements, notamment entre les secteurs stationnaires et ambulatoires limiterait les distorsions de comportement et, surtout, favoriserait la mise en réseau des différents acteurs et fournisseurs de prestations. Il serait plus aisés de procéder à une régulation du système et d'optimiser les soins coordonnés.¹⁰

• Secrétaire d'Etat. Les résistances au changement sont grandes. Pour activer et porter des réformes et mener une politique nationale de santé ou revisiter l'agencement des assurances sociales, la création d'un poste de Secrétaire d'Etat à la santé et à la protection sociale constituerait un signal volontariste d'innovation et le premier pas d'un processus.

• Séparation des assurances «sociale AOS» et «privée LCA». Les caisses «sociales» pratiquant également l'assurance privée «complémentaire», on évolue au cœur de conflits d'intérêts évidents. La chasse aux «bons risques», largement facilitée par l'accès aux données de l'AOS, sert le profit des assurances complémentaires. Ces effets «d'aubaine» sont en réalité des effets pervers.

Rationaliser l'offre

En matière de santé l'offre génère la demande. Les attentes sont infinies, alors que les ressources sont limitées. Ces spécificités empêchent une application stricte des règles du marché. La régulation de l'offre s'avère par conséquent centrale: pour répondre aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire en respectant les principes de la justice sociale; pour utiliser de manière optimale les ressources publiques et collectives.

• Médecine de pointe. Les facultés de médecine et les établissements hospitaliers universitaires sont des acteurs essentiels du système de santé. Inscrits dans un environnement institutionnel essentiellement cantonal caractérisé par un esprit de concurrence et des luttes de prestige, ce secteur doit être davantage coordonné et rationalisé. L'autorité fédérale devra positionner la médecine de pointe dans une perspective nationale.

• Secteur hospitalier. Seuls des stan-



dards de planification intercantonaux et des objectifs temporels clairs pour les atteindre permettront d'accélérer la rationalisation du secteur des soins somatiques aigus. La LAMal ouvre cette perspective.¹¹ Reste au Conseil fédéral d'exploiter cette disposition. Une planification globale peut produire des effets positifs par une meilleure allocation des ressources et par une réduction des surcapacités.

• **Etablissements médico-sociaux.** L'offre de prise en EMS est très disparate. Elle dépend des réponses cantonales en matière de vieillissement démographique et de prise en charge des personnes âgées. Devant la forte augmentation de la population de plus de 80 ans, une stratégie dynamique serait judicieuse.

• **Soins à domicile et structures intermédiaires.** Pour éviter des investissements massifs et coûteux dans le domaine stationnaire, les soins et soutiens à domicile doivent se développer encore, partout dans le pays, de même que des structures intermédiaires (appartements protégés, par exemple). Les inégalités d'offre sont grandes selon les régions. Un programme national d'impulsion en faveur des structures intermédiaires pourrait être une action dynamique ouvrant les perspectives de nouvelles approches des soins et de prise en charge des personnes très âgées et des malades chroniques.

• **Maîtrise du progrès technologique.** La hausse des coûts dépend pour une grande part de l'évolution des progrès technologiques. Or, ce progrès n'apporte pas systématiquement des résultats pertinents sous l'angle de la qualité ou de l'espérance de vie. La régulation palliera la surabondance d'offres d'équipements médico-techniques de pointe, à la fois dans les secteurs public et privé.

Réorienter les pratiques

La maîtrise des coûts et l'allocation optimale des ressources dépendent de la

qualité de la prise en charge. Pour éviter les traitements inappropriés, les répétitions d'analyses, les consultations multiples, un renversement de la philosophie d'accès au système de santé s'impose. En Suisse, aujourd'hui, chaque habitant peut consulter un ou plusieurs médecins simultanément, exiger des examens. Des effets de «consommation» accompagnent les pratiques thérapeutiques. Ils sont source de gaspillages assumés financièrement par les collectivités publiques et les assurés. On ne peut plus s'en satisfaire.

• **Managed care et réseaux de fournisseurs de soins.** Une parfaite coordination des soins constitue une des conditions essentielles pour accéder à l'efficacité et à l'économie des soins. Le réseau de soins sera donc au centre de tout le processus thérapeutique moderne. Au-delà d'un produit d'assurance marginal, le managed care sera le centre d'une dynamique nouvelle, une règle de pratique généralisée. Une inversion de perspective garantira une prise en charge intégrée des soins, caractérisée par une mise en réseau systématique des fournisseurs de prestations médicales tout au long de la chaîne de traitement.

• **Pool de hauts risques et «disease management».** Environ 10% de patients, souffrant notamment de maladies graves ou chroniques, induisent plus des trois quarts des coûts à charge de l'assurance maladie. L'idée d'une réintroduction de primes en fonction du risque, donc de l'âge, étant contraire à l'objectif de solidarité entre malades et bien-portants et entre les différentes catégories d'âges, une alternative réside dans la constitution, au plan national, d'un pool de hauts risques. Ainsi, lorsque l'état de santé d'une personne exige un volume de soins important, les frais occasionnés seront, au-delà d'une certaine limite, remboursés à l'assureur par le pool de hauts risques, tous les assureurs participant à son financement selon le nombre de leurs assurés.¹² De plus, un conseil et un accompagnement étendus peuvent être envisagés pour certaines maladies, le pool de hauts risques pouvant être complété par des programmes de prise en charge intégrée des soins (*disease management*).

• **Cybersanté.** Pour simplifier l'accès aux informations personnelles et administratives, renforcer la transparence ou accroître la coordination des soins, une

offensive en faveur des nouvelles technologies administratives doit être opérée. La cybersanté (ou e-health) offre des potentiels d'innovation indéniables, à exploiter dans un cadre national cohérent, pour éviter que tantôt les assureurs, tantôt les cantons n'entreprendront des démarches partielles et cloisonnées.

Renforcer la solidarité

L'offre de prestations, l'accès aux soins et leur financement comportent une dimension sociale. Quelques aménagements sont à envisager sous cet angle.

• **Réduction des primes.** La Suisse applique le principe des primes par tête indépendantes de la situation économique de l'assuré. En regard des fortes augmentations annoncées dans certains cantons et pour certaines caisses, il importe d'éviter que les personnes et ménages à revenu modeste soient pénalisés de manière disproportionnée. Le système de subventionnement doit être assorti d'un objectif clair: aucun ménage ne devrait allouer plus de 8% de son revenu pour s'assurer contre la maladie.¹³

• **Caisses «dumping».** Les stratégies de sélection des risques des assureurs maladie pour renforcer leur compétitivité portent préjudice au bon fonctionnement de l'assurance sociale obligatoire. Contrairement à l'esprit de la LAMal, les assureurs ont créé des caisses «bon marché» et occasionné par là une désolidarisation croissante entre assurés jeunes (bien-portants, aux coûts bas, réunis dans les caisses bon marché) et assurés plus âgés (plus fréquemment malades), fragilisant l'équilibre du financement de l'assurance sociale obligatoire. Interdire les caisses «bon marché» pratiquant une forme de dumping de prime peut sembler a priori contradictoire. C'est cependant le système qui est mis en péril par ces stratégies d'assurance.

• **Franchises élevées.** Le principe de la franchise comporte plusieurs objectifs, dont celui de conscientiser les assurés des coûts générés par les soins. Dans la réalité, l'application des franchises, notamment celles supérieures au minimum, a permis aux assurés de procéder à des économies de primes et aux caisses d'affiner leurs stratégies de sélection des risques. Les franchises élevées et les réductions de primes qui les accompagnent fragilisent l'équilibre du financement de l'AOS.

¹¹ LAMal, Art. 39, 2ter: Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

¹² Office fédéral de la santé publique. Rapports explicatifs sur les modèles de soins pour les hauts risques, pour l'accompagnement des travaux parlementaires de révision LAMal. Berne, 2007.

¹³ Cet objectif avait été mentionné dans le message du Conseil fédéral au parlement dans le cadre de l'élaboration de la LAMal.



COHÉRENCE ET DÉCISIONS

Si, en Suisse, l'offre et la qualité des prestations de santé sont d'un très bon niveau, la solidarité du financement est faible et l'organisation du système complexe et cloisonnée, provoquant un déficit de cohérence, une grande diversité des pratiques et un pilotage politique éclaté. En termes d'efficience, les potentiels d'optimisation sont importants. Pour y remédier, des réformes en profondeur et à long terme sont nécessaires, et non seulement

des aménagements ponctuels et partiels. Cela dans l'esprit de la sécurité sociale et avec une double ambition: d'innovation et d'efficience. C'est que l'on se doit d'utiliser de manière optimale les ressources collectives et publiques.

Le système de santé, dans son organisation, ses modalités de fonctionnement et de gestion, ses pratiques professionnelles, ses développements technologiques, mais encore dans ses réponses aux attentes de la population et aux contraintes politiques, est en constante évolution. Le changement fait partie intégrante de la discussion sur l'allocation des ressources.¹⁴ Il doit être le fruit de

l'analyse et de l'évaluation, de la nécessité d'innover pour répondre positivement aux besoins de la population.

Aux politiques, avec le soutien des acteurs professionnels, de tracer des voies pertinentes d'action pour que ce pays soit en mesure de définir des objectifs et des stratégies, et faire de l'innovation institutionnelle dans le domaine des politiques de la santé un acte majeur en faveur de la qualité des soins et d'une allocation optimale des ressources, dans le respect des principes de la justice sociale. ■

¹⁴ Voir sur ce sujet, les travaux et publications de l'OMS, de l'OCDE et d'auteurs comme Contandriopoulos, Glouberman, Rochon ou Domenighetti.