



Examens de l'OCDE des systèmes de santé

SUISSE

2011



Organisation
mondiale de la Santé

Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse

2011



Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre ne préjugent en rien du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé: Suisse 2011*, Éditions OCDE.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr>

ISBN 978-92-64-12092-1 (imprimé)
ISBN 978-92-64-12093-8 (PDF)

Séries : *Examens de l'OCDE des systèmes de santé*
ISSN 1993-4777 (imprimé)
ISSN 1993-4785 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédits photo : Couverture © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images, © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images, © Jim Arbogast/Digital Vision/Getty Images, © Don Tremain/Photodisc/Getty Images, © GeoStock/Photodisc/Getty Images, © Tomi/PhotoLink/Photodisc/Getty Images.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : www.oecd.org/editions/corrigenda.

© OCDE/Organisation mondiale de la santé 2011

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@efcopies.com.

Avant-propos

Cet examen du système de santé suisse a été réalisé conjointement par le Secrétariat de l'OCDE et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à la demande de l'Office fédéral de la santé publique suisse. Il fait suite aux examens des systèmes de santé de la Corée (2003), du Mexique (2005), de la Finlande (2005) et de la Turquie (2008, en coopération avec la Banque mondiale) et actualise le premier examen du système de santé suisse, publié en 2006.

Cet examen évalue le dispositif institutionnel et les performances du système de santé suisse. Il traite, en particulier, des questions de solidarité et de l'efficacité de l'assurance maladie, des personnels de santé, ainsi que des réformes et de la gouvernance du système de santé suisse. Il analyse aussi les facteurs qui affectent la performance et propose une évaluation des défis auxquels le système sera confronté à l'avenir et de la nécessité de réformes. Ce faisant, cet examen vise à approfondir le débat sur les réformes de la santé en Suisse en analysant les forces et les faiblesses du système actuel et en évaluant les différentes voies possibles en matière de réformes.

Francesca Colombo (OCDE) et Pascal Zurn (OMS, Genève) ont dirigé et coordonné cet examen du système de santé suisse. Les principaux auteurs de cette étude sont, dans l'ordre alphabétique : Francesca Colombo (OCDE), Ann-Lise Guisset (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Elke Jakubowski (consultant auprès de l'OMS, Département d'épidémiologie, de médecine sociale et de recherche sur les systèmes de santé de l'École de médecine de Hanovre), Ankit Kumar (OCDE), Inke Mathauer (OMS, Genève), Howard Oxley (OCDE), Valérie Paris (OCDE) et Pascal Zurn (OMS, Genève). Peter Donnelly (Université de St Andrews) et Laura Stormont (OMS, Genève) ont également largement contribué à ce travail. Les auteurs souhaitent remercier, pour leurs remarques et suggestions, John Martin, Stefano Scarpetta, Mark Pearson et Michael Schönstein, du Secrétariat de l'OCDE ; Jean-Marc Braichet, Manuel Dayrit, David Evans et Jean Perrot, de l'OMS à Genève ; ainsi que Hans Kluge, Joseph Kutzin et Galina Perfilieva, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Ils tiennent également à remercier, au secrétariat de l'OCDE, Margarita Xydia-Charmanta, pour son assistance en matière de statistiques ; Judy Zinnemann, pour son aide ; et Marlène Mohier, pour son travail éditorial. Les auteurs adressent également leurs remerciements à Lawrence Loh et Jennifer Edge, du siège de l'OMS à Genève, pour leur contribution à cet examen et, plus particulièrement, pour leur aide en matière de statistiques et de mise en forme.

La publication de ce rapport n'aurait pas été possible sans le généreux concours des autorités suisses. Ce rapport a bénéficié de l'expertise et des éléments fournis par les nombreux fonctionnaires et experts suisses en matière de santé que l'équipe a rencontrés, au cours de sa mission en Suisse, en février 2011. Parmi eux, des fonctionnaires de différentes agences et différents offices fédéraux, en particulier de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Office fédéral de la statistique, ainsi que des représentants des autorités cantonales, des assureurs maladie, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé, d'associations de consommateurs et d'organisations non gouvernementales, des membres de l'industrie pharmaceutique et d'autres experts en matière de santé. René Schwendimann (Université de Bâle) a fourni aux auteurs des renseignements précieux sur l'étude RN4CAST. L'équipe qui a réalisé cet examen tient à remercier tout particulièrement les

membres de la Division Affaires internationales de l'Office fédéral suisse de la Santé publique pour leur aide dans la préparation de la mission et la mise à disposition des données, en particulier Delphine Sordat, Patrizia Sieber-Zuercher et Gaudenz Silberschmidt. Un projet de rapport a été envoyé aux autorités suisses pour commentaires. Le rapport final a bénéficié des commentaires des experts suisses de la santé et des autorités suisses.

Table des matières

Introduction	9
Évaluation et recommandations	11
Chapitre 1. Principales caractéristiques du système de santé suisse	25
1.1. Principales caractéristiques de la Suisse	27
1.2. Le poids économique du secteur de la santé	34
1.3. Mode de gouvernance du système de santé suisse	36
1.4. Le financement des soins de santé en Suisse	37
1.5. L'offre de services de santé	44
1.6. Paiement des prestataires, remboursement et accords tarifaires	54
1.7. L'efficacité du système : évaluation comparative internationale et défis à relever à l'avenir	59
Notes	62
Références	63
Chapitre 2. L'assurance maladie	67
2.1. Les grandes évolutions du marché de l'assurance maladie suisse	68
2.2. La Loi sur l'assurance maladie de 1996 a renforcé la solidarité, mais les inégalités persistent en matière de financement de la santé	72
2.3. La concurrence sur les marchés de l'assurance maladie ne tient pas toutes ses promesses	81
2.4. Le programme de réforme	90
Notes	95
Références	95
Chapitre 3. Les personnels de santé	99
3.1. Répartition et évolution des personnels de santé	100
3.2. Tendances à l'œuvre dans la population des professionnels de santé	105
3.3. Formation	109
3.4. Les migrations internationales de travailleurs de santé et la Suisse	115
3.5. Plus qu'une question d'effectifs	118
3.6. Le défi de l'élaboration d'une vision nationale et à long terme face à la problématique des personnels de santé	122
Notes	123
Références	124
Chapitre 4. Les réformes récentes du système de santé et les progrès accomplis depuis l'examen de 2006	129
4.1. La santé publique et la prévention	130
4.2. La qualité des soins	136

4.3. Le financement des hôpitaux	138
4.4. Les produits pharmaceutiques	143
Notes	151
Références	151
Chapitre 5. Les réformes et la gouvernance du système de santé suisse	153
Introduction	154
5.1. Les principaux problèmes de gouvernance du système de santé identifiés en 2006	155
5.2. Les traditions et les principes de la gouvernance	156
5.3. La dynamique de la gouvernance ou la capacité politique de réformer	157
5.4. Principales caractéristiques et instruments de gouvernance du système de santé suisse	159
5.5. Appréhender les objectifs du système de santé à travers le prisme de la gouvernance	166
5.6. Conclusion	169
Notes	170
Références	171
Sigles	173
Abréviations des cantons suisses	174
Tableaux	
1.1. Revenu national par habitant par canton, 2005	29
1.2. Indicateurs démographiques de base de la Suisse, 2009	31
1.3. Indicateurs de risques pour la santé publique dans les pays de l'OCDE, 2009 ..	33
1.4. Financement du système de santé selon l'agent payeur, 2009	38
1.5. Moyens disponibles dans le système d'offre de soins de santé en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2008	45
1.6. Hôpitaux publics et privés en Suisse, 2009	50
1.7. Répartition des dépenses de santé par catégorie dans les pays de l'OCDE, 2008	55
2.1. Types de contrats d'assurance dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (LAMal)	70
2.2. Évolution des aides à la réduction des primes depuis 1999	76
3.1. Nombre annuel de nouveaux diplômés en soins infirmiers et besoins prévisibles	113
3.2. Études médicales : nombre de candidats et nombre de places offertes dans les universités, année universitaire 2010/11	114
3.3. Pourcentage de médecins et d'infirmiers/infirmières immigrés en exercice dans les pays de l'OCDE (personnes nées à l'étranger)	115
4.1. Financement des hôpitaux dans les pays de l'OCDE à système d'assurance, 2007	142
Graphiques	
1.1. PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2010	28
1.2. Espérance de vie à la naissance dans les pays de l'OCDE, 2008	30
1.3. La population suisse par groupe d'âge, 2010 et 2050	30

1.4. Part de la population se considérant en bonne ou en très bonne santé dans les pays de l'OCDE, 2008	32
1.5. Répartition de certaines causes de mortalité, 2007	34
1.6. Part du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2009, et évolution des dépenses de santé par habitant en termes réels, 1999-2009	35
1.7. Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2009 (ou dernière année pour laquelle on dispose de données)	35
1.8. Part des différentes sources de financement dans les dépenses totales de santé, 2009	39
1.9. Dépenses de prévention et de promotion de la santé en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2008	46
1.10. Financement des activités de promotion de la santé et de prévention par agent de financement en Suisse, 2009	46
1.11. Principaux programmes de promotion de la santé et de prévention de l'Office fédéral de la santé publique, par niveau de financement, 2011. ...	47
1.12. Nombre de lits de soins aigus en Suisse et dans quelques pays de l'OCDE, 1998-2008	49
1.13. Part des dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes payée par l'État ou les assureurs sociaux dans les pays de l'OCDE, 2009	53
1.14. Progression potentielle de l'espérance de vie grâce à une meilleure efficience ..	59
2.1. Évolution de la répartition des assurés selon le modèle d'assurance entre 1996 et 2009	71
2.2. Distribution des primes d'assurance maladie payées pour les adultes de plus de 25 ans, par canton d'affiliation, 2011	73
2.3. Total des sommes versées par les cantons aux prestataires, des primes d'assurance et du montant de la participation aux coûts par habitant, par canton, en 2007	74
2.4. Part de la population recevant des aides à la réduction des primes et montant moyen de l'aide par bénéficiaire, par canton, 2009	76
2.5. Charge moyenne des primes LAMal après versement des aides à la réduction des primes, en pourcentage du revenu disponible, pour cinq types de ménages, en 1998, 2002 et 2007	77
2.6. Versements directs des ménages pour les soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2009	79
2.7. Dépenses de santé en 2007 par quintile de revenu (avant et après prise en compte des aides à la réduction des primes)	80
2.8. Évolution comparative des transferts nets au titre de la compensation des risques et des dépenses d'AMS au cours de la période 1996-2009	84
3.1. Ratio personnel infirmier/médecins en Suisse et dans l'ensemble de la zone OCDE	100
3.2. Nombre de médecins pour 1 000 habitants, par canton, 2009	101
3.3. Nombre de médecins en pratique indépendante pour 1 000 habitants, par canton, 1980, 1990, 2000 et 2009	101
3.4. Densité de médecins généralistes dans les pays de l'OCDE	104
3.5. Répartition des médecins en exercice, par âge, 1980-2010	105
3.6. Répartition du personnel infirmier par âge, 2010	106

3.7. Répartition des médecins par âge et par sexe, 2010	107
3.8. Répartition hommes/femmes dans les différentes spécialités médicales	107
3.9. Nombre de diplômés en médecine et en soins infirmiers en Suisse, 1980-2009 . .	112
3.10. Nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants, 1995-2008, moyenne de l'OCDE et Suisse	113
3.11. Nombre de demandes d'aide à la réintégration de la profession (infirmière) par an	121
4.1. Prévalence du surpoids et de l'obésité parmi les enfants suisses âgés de 6 à 12/13 ans	131
4.2. Durée moyenne de séjour pour les soins aigus dans les pays de l'OCDE, 2009 .	139
4.3. Cas de soins de jour en pourcentage du total des interventions chirurgicales effectuées dans les hôpitaux, 2008	140
4.4. Niveaux relatifs des prix de détail des produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE, 2005	145
4.5. Évolution de la part de marché des génériques depuis 2002 (en pourcentage du total des ventes sur le marché, prix départ usine)	148

Introduction

Cette étude consacrée au système de santé suisse actualise les données et les analyses présentées dans la précédente étude, *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, publiée par l'OCDE et l'OMS en 2006. En outre, elle examine trois problématiques centrales pour les autorités suisses, à savoir l'assurance maladie, les personnels de santé et la gouvernance du système de santé. Cette étude s'attache à analyser les aspects clés du système de santé suisse en vue de dégager des priorités pour les réformes et d'apporter aux autres pays des éléments susceptibles de nourrir leur propre réflexion.

Le système de santé suisse est réactif et extrêmement performant, comme en témoignent le haut niveau de satisfaction des patients ainsi que l'espérance de vie dans ce pays, qui est l'une des plus longues au monde. La Suisse a mis en place un système de santé très décentralisé où la liberté de choix entre les prestataires est quasiment totale et où les services de soins de santé sont comparativement très accessibles. Cependant, une telle politique est très onéreuse et la Suisse dépense davantage que la plupart des pays de l'OCDE pour les soins de santé. Le système de santé est de plus en plus sollicité, et les pressions économiques qui accompagnent cette tendance sont de plus en plus fortes, à mesure que les technologies progressent, que la population vieillit et que les maladies chroniques deviennent de plus en plus fréquentes.

Ces évolutions créeront de nouveaux défis pour les pouvoirs publics et nécessiteront des réformes dans la durée. En Suisse, la régulation de la concurrence dans le domaine de l'assurance maladie a permis d'instaurer une large couverture associée à une grande liberté de choix. Les réformes à venir devront essentiellement viser à améliorer la qualité des soins (en particulier pour les personnes qui auront besoin de soins plus fréquemment et dans des cadres différents), tout en limitant les coûts. Une première mesure dans ce sens pourrait consister à s'appuyer de manière plus systématique sur des critères de coût-efficacité pour décider des services qui doivent être couverts par l'assurance maladie obligatoire. Pour résoudre les problèmes de coût et de qualité, la Suisse devra également surmonter un certain nombre de problèmes de coordination afin de définir les actions nationales de prévention et de promotion de la santé à mener, dont on peut d'ores et déjà voir qu'elles recèlent un potentiel intéressant. Pour s'assurer de la pertinence de ses futures réformes, la Suisse devra s'attacher à améliorer l'information en matière de santé ainsi qu'à développer des systèmes d'information susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. Ces réformes devraient être menées parallèlement à l'élaboration d'une stratégie nationale à long terme visant à former davantage de professionnels de la santé et à tirer au mieux parti des effectifs existants dans le secteur de la santé, en Suisse.

Les effets positifs des réformes adoptées durant ces cinq dernières années devraient se faire sentir au cours des prochaines années. En particulier, les réformes du financement des hôpitaux actuellement mises en œuvre devraient permettre de réduire le recours aux hôpitaux, en Suisse. Par ailleurs, les réformes concernant la tarification des produits pharmaceutiques ont d'ores et déjà commencé à porter leurs fruits et les réformes à venir devraient permettre d'optimiser encore les dépenses de médicaments.

Pour mener les futures réformes dans le domaine de la santé, il faudra que les structures de gouvernance spécifiques du système de santé suisse continuent d'encourager la fourniture de services réactifs et innovants au niveau local. Mais il faudra aussi, probablement, que les structures de gouvernance du système de santé suisse deviennent mieux aptes à opérer les changements qui sont dans l'intérêt de l'ensemble de la population suisse. Il y a tout lieu de penser que, doté d'une meilleure capacité de s'adapter aux défis de demain, le système de santé suisse continuera de faire partie des plus performants de la zone OCDE.

Cette étude comporte cinq chapitres qui exposent en détail l'analyse ainsi que les suggestions de l'OCDE et de l'OMS pour une réforme du système de santé suisse. Dans un premier temps, certaines recommandations sont formulées, visant à améliorer le système de santé suisse aujourd'hui et à aider à faire face aux défis de demain. Le premier chapitre décrit la situation politique, démographique et économique de la Suisse, ainsi que les principales caractéristiques du système de santé suisse. Le chapitre 2 analyse les tendances sur les marchés de l'assurance maladie du point de vue de l'équité dans le financement des soins de santé et de la nature et du degré de la concurrence entre assureurs, en s'intéressant plus particulièrement au mécanisme de compensation des risques, aux réseaux de soins intégrés et aux grandes orientations de la réforme actuelle dans le domaine de l'assurance. Le chapitre 3 observe les tendances récentes en ce qui concerne les personnels de santé en Suisse, notamment en matière de formation et de flux migratoires, et examine certains enjeux pour l'avenir. Le chapitre 4 fait le point sur les récentes réformes dans différents domaines, à savoir le financement des hôpitaux, la prévention, la qualité des soins et les mesures concernant les produits pharmaceutiques. Le chapitre 5 traite de la gouvernance du système de santé suisse et du processus de réforme.

Évaluation et recommandations

Le système de santé suisse est très performant et répond à ses objectifs, mais il est également coûteux

La population en Suisse vit plus longtemps que pratiquement partout ailleurs dans le monde, grâce à un niveau élevé de développement économique et à un système de santé réactif. Les résidents suisses bénéficient de la proximité des services de santé, d'un vaste choix de prestataires et d'assureurs et d'une large couverture des services médicaux et pharmaceutiques. Le système de santé suisse est parmi les meilleurs de la zone de l'OCDE. Mais cette excellence a un prix puisque la Suisse a consacré 11.4 % de son PIB à la santé en 2009, ce qui est nettement plus que la moyenne pour la zone de l'OCDE qui ressort à 9.5 % du PIB.

Avec 26 cantons qui chacun jouent un rôle déterminant sur le plan de la santé de la population suisse, la flexibilité et l'innovation au niveau local sont l'un des atouts du système de santé suisse. De plus, le niveau élevé de participation politique directe, à tous les niveaux de gouvernement, qui caractérise le pays offre aux citoyens la possibilité d'influer sur l'orientation de la politique de santé. La bonne performance du système de santé suisse se reflète dans les niveaux élevés de satisfaction des patients.

Les demandes à l'égard du système devraient continuer de s'accroître, en particulier pour faire face aux maladies chroniques

En dépit de ces résultats remarquables, les défis, à l'avenir, pour maintenir et améliorer le système de santé suisse seront notables. La population, en Suisse, est plus âgée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Par ailleurs, les changements dans le mode de vie laissent présager une montée des risques pour la santé au sein de la population suisse, à l'avenir. Même si elle reste faible, la prévalence de l'obésité est en augmentation, en particulier chez les jeunes. Ces tendances, conjuguées aux avancées dans les technologies médicales, font que les résidents suisses, dans les prochaines décennies, seront davantage susceptibles de vivre avec une affection chronique que ce n'est le cas aujourd'hui. En vérité, ils pourraient présenter plusieurs affections chroniques ou pathologies. Compte tenu de ces tendances, les demandes à l'égard des services de santé en Suisse sont appelées à augmenter.

Les forces du système suisse sont aussi un handicap pour répondre de façon dynamique aux défis qui s'annoncent

Le système de santé suisse d'aujourd'hui devra s'adapter pour faire face aux défis de demain. En particulier, l'offre importante de services hospitaliers, qui a bien rempli son rôle par le passé, pourrait ne pas être adaptée à l'avenir, lorsque le système devra prendre en charge un nombre croissant de personnes ayant besoin en permanence de soins moins aigus que ceux que dispensent les hôpitaux. Il faut, d'urgence, réorienter les efforts dans l'autre sens – en s'attachant à promouvoir la bonne santé grâce à des actions de santé publique, de prévention et de soins primaires.

En outre, le système de santé suisse est l'un des plus coûteux au monde au regard de la production nationale, même si le rythme de progression des dépenses s'est ralenti au cours des dernières années. On peut penser que les pressions en faveur des dépenses resteront fortes à l'avenir. Le secteur hospitalier est souvent une source majeure d'accroissement des coûts et, par comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la Suisse compte un nombre important d'hôpitaux par rapport à sa population et à sa superficie. Le vaste éventail de services couverts par l'assurance est régulièrement étendu. Ce serait une bonne chose si cette évolution était associée à un cadre solide et transparent d'évaluation du rapport coût-efficacité. Or, en dehors des plans d'assurance santé à franchise élevée ou des réseaux coordonnés de soins, les consommateurs et les prestataires ne sont guère incités à recourir aux services de santé dans des volumes appropriés. Les différents niveaux de gouvernement intervenant dans le domaine de la santé n'appliquent pas, non plus, de contrôles budgétaires stricts. Même si l'information est limitée, il semble que les prix des services de santé en Suisse sont relativement élevés. Services de santé coûteux ne signifie pas toujours services de santé de grande qualité : le système suisse doit s'assurer que l'argent est employé au mieux.

Ayant institué la couverture universelle, des niveaux élevés d'accès aux services et des niveaux élevés de satisfaction des patients, la Suisse doit désormais poursuivre les réformes en matière de santé. Le processus politique suisse privilégie la recherche du consensus. Cela aide à garantir un large soutien en faveur des réformes, mais cela peut aussi rendre difficile ou différer indûment la mise en œuvre des changements nécessaires. Le défi pour les années à venir sera de mettre en place un système apte à répondre à l'évolution des risques et des besoins des résidents suisses en matière de santé :

- Des réformes sont nécessaires pour encourager la coordination efficiente des soins entre des services et des prestataires multiples et sur une longue période plutôt que ponctuellement : il s'agirait, par exemple, d'abandonner le système du paiement à l'acte.
- Une répartition différente des compétences des personnels de santé en Suisse sera nécessaire et cela créera un besoin accru de médecins généralistes et d'infirmières de soins primaires.
- Les multiples niveaux de gouvernement, très décentralisés, qui interviennent dans le domaine de la santé devront pouvoir répondre plus rapidement aux évolutions et se doter de moyens plus efficaces (et, parfois, plus centralisés) pour répondre aux priorités nationales.
- La diversité des situations en matière de financement et d'accès à la santé selon les cantons, si elle marque des préférences, peut aussi masquer des inégalités. Les informations actuellement disponibles ne permettent pas de suivre les inégalités liées au revenu dans le financement des soins et services de santé.

Dégager les orientations que le système suisse doit prendre pour répondre aux défis futurs n'est pas chose facile compte tenu d'un système d'information sur la santé médiocre. Les politiques ne peuvent pas être basées sur des données d'observation si l'on ne déploie pas des efforts suffisants pour collecter les données nécessaires. Les responsables publics ont besoin d'informations sur les résultats en matière de santé et les pathologies qui peuvent relever d'un traitement pour déterminer précisément les risques majeurs en matière de santé et déterminer qui, dans la population, y est exposé. Le suivi et le reporting sur la qualité des soins se limitent actuellement à un certain nombre d'indicateurs concernant les hôpitaux – ce qui n'est pas suffisant pour permettre aux patients, aux assureurs et aux autorités de faire des choix éclairés face à des modalités de soins et à des prestataires des services très divers. Les statistiques sur l'activité de consultations externes et les personnels de santé demandent aussi à être développées. Une politique bien informée nécessite un corpus minimum de données au niveau national qui rassemble les informations clés en matière de santé.

La régulation de la concurrence entre assureurs maladie a permis d'instaurer une couverture globale et de garantir le choix. Il faut maintenant se préoccuper de la qualité et du coût.

L'assurance maladie suisse est étendue et assure aux consommateurs un large choix. Elle est subventionnée pour aider les familles et les titulaires de faibles revenus à assumer les primes. Mais, même si l'on tient compte de ces aides, la charge effective des primes d'assurance pour les ménages varie largement au sein même des cantons et d'un canton à l'autre. Le financement de l'assurance maladie reste régressif et les dépenses à la charge des patients sont relativement lourdes, ce qui crée des difficultés financières pour certains ménages. Dans le même temps, le renchérissement des coûts de l'assurance maladie met à mal le budget des cantons.

Les assureurs, cependant, ne sont guère incités à se faire concurrence en termes d'efficacité et de qualité des soins et ils n'ont que peu de moyens d'agir. Les prix des services sont le plus souvent négociés au niveau des cantons entre associations d'assureurs et prestataires et, pour la plupart des produits d'assurance, la réglementation obligeant les assureurs à passer contrat avec *tous les prestataires* dans un canton continue de limiter la possibilité pour les assureurs de chercher à améliorer la qualité des soins et services en jouant le rôle d'acheteurs de soins.

Bien que la proportion de consommateurs qui changent d'assureur ait augmenté récemment, en particulier parmi les jeunes et les personnes en bonne santé, les taux néanmoins restent faibles et on peut penser que le choix des consommateurs n'induit pas une concurrence entre assureurs sur les primes aussi active qu'elle pourrait l'être. Il continue à y avoir de gros écarts au niveau des primes d'assurance dans les cantons et les assureurs continuent de se faire concurrence sur la base de la sélection des risques. Le renforcement du système de compensation des risques, avec l'introduction d'une nouvelle variable prenant en compte les hospitalisations et séjours antérieurs en maisons de soins, à compter de 2012, réglera en partie le problème. Cependant, si les assureurs ne jouent pas un rôle plus actif dans l'achat des soins et services de santé, leur multiplicité ne fait que limiter la capacité de mutualiser les financements et les risques et elle peut engendrer des coûts administratifs élevés.

Même si les assurés sont de plus en plus nombreux à souscrire des produits de *managed care* – réseaux de médecins, HMO et centres d'appel remplissant une fonction de triage, par exemple – ces dispositifs ne pèsent pas encore grand poids dans le système de santé. Les contrats de *managed care* ne sont probablement encore pas suffisamment utilisés par les assureurs pour mettre en œuvre des approches innovantes en matière de soins et favoriser des améliorations de la qualité. Dans la mesure où ils offrent des réductions de primes en contrepartie de l'acceptation d'une limitation du choix des prestataires, les contrats de *managed care* attirent des personnes qui présentent un bon profil de risque. Les assurés qui présentent un plus grand risque hésitent à s'orienter vers les contrats de *managed care* et à accepter une limitation du choix des prestataires, à la fois parce qu'ils craignent un rationnement de l'accès aux soins de santé dont ils auront besoin et parce qu'ils n'ont pas confiance dans la capacité du *managed care* d'assurer des soins de meilleure qualité aux personnes qui ont des besoins importants en matière de santé ou qui souffrent d'affections chroniques multiples. Cependant, les personnes en bonne santé optant pour les plans gérés, la popularité croissante des plans de *managed care* (ainsi que des produits à franchise élevée) risque d'accroître la fragmentation du marché de l'assurance en créant une distinction entre les citoyens en fonction de leur état de santé et de leurs risques sur le plan de la santé. Néanmoins, les produits de *managed care* constituent un cadre qui pourrait permettre au marché de l'assurance maladie suisse d'être plus performant. Il faut de meilleures incitations en direction tant des assureurs que des assurés pour encourager les produits de *managed care* qui réussissent à améliorer la qualité, l'efficacité et la coordination des soins. Les produits de *managed care* devraient encourager les prestataires des soins à travailler en équipe pour proposer des soins coordonnés, soutenus par des incitations en faveur de la qualité et s'appuyant sur les meilleures pratiques médicales selon la médecine fondée sur les preuves. Par exemple, on pourrait encourager un plus large recours aux produits qui améliorent l'efficacité des soins dispensés aux personnes souffrant d'affections chroniques (modèles de gestion des maladies, par exemple) ou de produits qui utilisent les dossiers médicaux électroniques et des outils d'aide à la décision pour remédier aux problèmes de qualité et aux variations inexplicables des pratiques médicales. Les produits de *managed care* pourraient aussi être utilisés pour encourager l'introduction d'autres formes de paiements que le paiement à l'acte.

La Suisse devrait appliquer des critères coût-efficacité pour déterminer ce qui doit figurer dans le « panier de soins »

Les dépenses de santé sont en augmentation dans la plupart des pays de l'OCDE et nombre d'entre eux tiennent de plus en plus compte du rapport coût-efficacité des nouveaux traitements pour déterminer ce que les assureurs sont tenus de couvrir. En Suisse, le catalogue de prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire est déterminé au niveau central et la Loi sur l'assurance maladie exige de prendre en compte l'efficacité, l'adéquation et l'économicité pour décider des biens et services à inclure dans le panier de soins. Cependant, le rapport coût-efficacité n'est pas systématiquement apprécié selon une méthodologie bien définie et rigoureuse, et le processus décisionnel manque de transparence. La pression financière exercée par le système de santé s'alourdisant, il serait souhaitable de veiller à ce que les investissements reposent sur des données concrètes concernant le rapport coût-efficacité.

Les pénuries de main-d'œuvre à venir dans le secteur de la santé exigent une perspective nationale à long terme, une augmentation des effectifs et une optimisation de l'utilisation des personnels existants

La Suisse bénéficie d'une densité de professionnels de santé plus importante que la plupart des pays de l'OCDE, mais il existe tout de même des craintes à propos de pénuries dans certaines professions et zones géographiques. Alors que le pays va devoir s'appuyer de plus en plus sur les professionnels des soins primaires pour assurer la coordination et répondre aux besoins des patients souffrant de maladies chroniques, le nombre de médecins généralistes est en baisse par rapport à celui des spécialistes, et les écarts sont importants d'un canton à l'autre.

Des pénuries de main-d'œuvre sont susceptibles d'apparaître avec l'évolution de la démographie des personnels de santé. Les effectifs médicaux et infirmiers suisses vieillissent et on anticipe un nombre important de départs à la retraite au cours des deux prochaines décennies. Dans le même temps, la féminisation croissante de l'effectif, outre les préférences des nouvelles générations, pousse à une flexibilisation des horaires de travail. On pourrait renforcer cette tendance souhaitable en encourageant davantage le développement de cabinets de groupe, ce qui permettrait également de limiter l'isolement professionnel auquel les médecins exerçant seuls sont souvent confrontés.

En outre, il y a lieu de mettre au point une stratégie nationale à long terme pour les personnels de santé. Les politiques en la matière exigent davantage de coordination et de planification – en particulier entre les secteurs de l'éducation et de la santé. De nouvelles augmentations des effectifs d'étudiants médecins et d'étudiants infirmiers, par delà celles opérées récemment, seront nécessaires pour répondre aux besoins futurs d'une population vieillissante. La Suisse, traditionnellement, a largement recours aux personnels immigrés, dans le secteur de la santé, pour faire face aux pénuries annoncées, mais cela ne saurait être une stratégie efficiente à long terme car cela rendrait la Suisse trop dépendante de l'immigration pour satisfaire la demande en professionnels de santé. Cela pose également des problèmes d'équité au niveau international vis-à-vis des pays d'origine. Il faut s'efforcer d'anticiper les pénuries futures au niveau national et veiller à ce que les établissements et lieux de formation aient les moyens d'accueillir un nombre accru d'étudiants tout en maintenant la qualité des programmes. La capacité de formation dans le domaine des soins primaires revêtira une importance particulière, mais d'autres spécialités déficitaires doivent également retenir l'attention.

Par ailleurs, les conditions de travail pourraient être améliorées grâce à des incitations, financières et non financières, plus importantes et mieux conçues. Il s'agirait, par exemple, de modifier les barèmes de rémunération pour encourager les professions et les spécialités les moins recherchées, de recourir aux contrats de *managed care* pour développer des modèles de rémunération qui récompensent financièrement l'effort d'amélioration de la qualité des soins et de développer des modes de rémunération qui offrent plus de souplesse pour employer des professionnels chargés de prendre en charge les pathologies chroniques (infirmières en pratique avancée, par exemple). Ces changements pourraient aider à attirer et retenir les personnels de santé, et ils seront indispensables si la Suisse entend continuer d'offrir à ses citoyens des soins qui sont parmi les meilleurs au monde.

Les réformes du financement devraient permettre de réduire l'utilisation des hôpitaux en Suisse

Souvent, plus de soins ne signifie pas des soins de meilleure qualité. Pourtant, le mode actuel d'organisation et de financement des hôpitaux, en Suisse, encourage leur utilisation. La rémunération à l'acte dans le secteur hospitalier ambulatoire et les subventions des cantons aux hôpitaux publics encouragent les hôpitaux à augmenter leur activité et n'incitent guère à la modération des coûts. Cela aide à comprendre pourquoi, malgré les réductions opérées au cours de la dernière décennie, la durée des séjours à l'hôpital, en Suisse, est supérieure à ce qu'elle est, en moyenne, dans la zone de l'OCDE, et il y a moins d'hospitalisation de jour en proportion de l'ensemble des cas traités à l'hôpital, en Suisse, que dans plusieurs autres pays. Les réformes récentes visant l'introduction d'un financement sur la base des cas traités constituent une avancée majeure en avant dans le sens d'une amélioration de l'efficacité des hôpitaux. Cela incitera les hôpitaux à réduire les coûts et à se concentrer sur les services pour lesquels ils sont particulièrement efficaces. Cela devrait aussi décourager les pratiques antérieures qui favorisaient un certain laxisme budgétaire, par exemple les subventions cantonales destinées à aider les hôpitaux à couvrir leurs pertes financières en fin d'année.

S'il est vrai que ces réformes intéressantes dans le financement des hôpitaux aideront à améliorer l'efficacité, la mesure dans laquelle elles y parviendront dépendra de la façon dont elles seront mises en œuvre. Les gains d'efficacité attendus du paiement par cas traités pourraient être compromis si les cantons subventionnent les hôpitaux au-delà de ces paiements. De même, le double rôle joué par les cantons qui, à la fois, financent et exploitent les hôpitaux, risque de compromettre l'efficacité. Le nombre des hôpitaux, en Suisse, par rapport à la population, étant l'un des plus élevés des pays de l'OCDE, les réformes du financement amèneront aussi probablement des interrogations sur la viabilité de certains hôpitaux (en particulier les petits hôpitaux) dont les volumes d'activité pourraient être insuffisants pour être viables dans un système de financement fondé sur l'éventail des pathologies traitées. Pour déterminer le niveau de l'offre d'hôpitaux souhaitable à l'avenir, les cantons devraient exploiter les nouvelles informations sur le coût des services hospitaliers, ainsi que les données indiquant si ces hôpitaux sont sûrs et produisent de meilleurs résultats pour les patients.

La Suisse devrait surmonter les problèmes de coordination pour définir des politiques nationales de prévention et de promotion de la santé

La Suisse doit déployer des efforts soutenus et coordonnés en matière de prévention et de promotion de la santé. L'interdiction de fumer, instaurée récemment, est l'une des rares grandes mesures en faveur de la prévention qui aient été prises depuis la précédente étude réalisée par l'OCDE et l'OMS, il y a cinq ans (2006). C'est une initiative relativement limitée par comparaison avec ce qui a été fait dans de nombreux autres pays de l'OCDE, ces dernières années. Le caractère hautement décentralisé du système de santé suisse a encouragé la mise en place de programmes de prévention pertinents au niveau local, mais a rendu difficile le déploiement de politiques générales destinées à lutter contre les grands facteurs de risque comme l'abus d'alcool et l'obésité vis-à-vis des maladies chroniques. De

même, les avancées dans la mise en œuvre de mesures dont l'utilité est prouvée – comme un programme national de dépistage du cancer du sein – ont été trop lentes.

La faiblesse de ces avancées tient en partie à la fragmentation du *leadership* en matière de prévention, en Suisse. D'intenses débats, ces dernières années, ont débouché sur une proposition de loi au niveau national sur la prévention, proposition qui prévoit notamment la mise en place d'un organisme chargé de coordonner les priorités et les efforts en matière de santé publique entre les cantons. Reste à savoir si cet organisme aura l'influence institutionnelle et le poids financier nécessaires pour déboucher concrètement sur des politiques de prévention de vaste portée. Les cantons conservant la responsabilité de la mise en œuvre (et du financement) des programmes de santé publique, il faudra développer les ressources humaines et l'expertise en matière de santé publique au sein des structures organisationnelles existantes des administrations suisses. Cela encouragera le développement de politiques de santé qui réorientent le système de soins des soins curatifs vers une promotion volontariste de la bonne santé.

À la différence de ce qu'on observe pour les maladies non transmissibles, la coordination en matière de protection contre les maladies transmissibles a beaucoup été améliorée en Suisse. Cependant, le caractère décentralisé des responsabilités entre cantons peut créer de réelles difficultés (comme cela a été le cas avec l'épidémie de H1N1). La révision envisagée de la loi fédérale sur les épidémies est l'occasion de mieux définir des lignes de responsabilité claires et d'améliorer les liens au niveau international. Cela aiderait la Suisse à répondre plus rapidement et plus efficacement aux défis futurs.

Le manque d'informations sur les inégalités en termes de santé et sur la qualité des soins fait qu'il est difficile de savoir si la Suisse parvient à optimiser l'investissement financier majeur réalisé en faveur des soins et services de santé

Il n'existe encore que peu d'informations sur les inégalités en termes de santé en Suisse, même si la situation, de ce point de vue, s'améliore. Avec une vision incomplète de la répartition des risques pour la santé dans la population, il est difficile pour les autorités publiques et les prestataires de soins de cibler leur action. Des données comparables au niveau national sur les résultats du point de vue de la santé et sur la mortalité que des soins de santé devraient permettre d'éviter sont indispensables pour mettre en évidence les disparités entre catégories socioprofessionnelles et zones géographiques au sein de la population suisse.

Comme en témoigne la couverture incomplète et les structures complexes des registres du cancer en Suisse, il est difficile de collecter des données attestant des améliorations des soins de santé dans un système constitué d'un grand nombre de cantons de petite taille et largement autonomes. Les informations sur la qualité des soins assurés par les prestataires de services de santé se limitent trop souvent aux soins aigus et ne sont accessibles qu'au travers d'initiatives locales ou cantonales. La Suisse continue de compter largement sur les praticiens eux-mêmes pour qu'ils s'efforcent de se tenir au courant des meilleures pratiques et ne dispose que de peu de moyens pour évaluer la qualité des services de santé à travers le pays. Alors que les consommateurs ont de larges possibilités de choix entre de multiples prestataires, ils ont souvent étonnamment peu d'informations sur la qualité pour éclairer leurs choix. Les efforts déployés récemment pour introduire des mesures

cohérentes au plan national des pathologies, de la mortalité et d'autres indicateurs de la qualité des soins dans les hôpitaux sont fort bienvenus, mais on pourrait faire mieux en élargissant la portée des indicateurs et en complétant ces informations par des mesures de la qualité des soins en dehors des hôpitaux.

*D'autres réformes pourraient aider
la Suisse à davantage optimiser
les dépenses pharmaceutiques*

La population suisse a accès à un large éventail de produits pharmaceutiques à un prix abordable. La liste des médicaments remboursés par l'assurance maladie est vaste et les exigences de participation à la dépense sont relativement faibles. Les nouveaux produits sont rapidement adoptés par les prestataires de soins. Les dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes représentent seulement 10 % des dépenses totales de santé, ce qui est relativement peu au regard de la moyenne de l'OCDE, qui ressort à 17 %. Cela reflète à la fois des volumes de consommation relativement faibles et le coût élevé d'autres prestations de santé.

Au cours des six dernières années, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les prix relativement élevés des médicaments sous brevet et pour stimuler les ventes de génériques, avec un certain succès. Les prix des médicaments sous brevet sont davantage conformes qu'auparavant à ceux des pays de comparaison. Néanmoins, les génériques ne représentent encore que 10 % du marché pharmaceutique, soit beaucoup moins que dans de nombreux autres pays. De nouvelles actions devraient être engagées pour exploiter les retombées potentielles de la concurrence sur les marchés de génériques, telles que par exemple des réductions de prix supplémentaires et la production de recommandations de pratiques cliniques fondées sur les preuves pour encourager l'utilisation de produits meilleur marché lorsque la situation s'y prête.

Les décisions relatives à la tarification et au remboursement des produits pharmaceutiques pourraient être plus transparentes et fondées sur des éléments probants conformément aux procédures plus formalisées appliquées dans d'autres pays. Les autorités suisses devraient anticiper les changements sur le point d'intervenir dans un certain nombre de pays de comparaison au cours des prochaines années. Par exemple, la France et l'Allemagne vont procéder à des évaluations économiques pour fixer les prix maximum de remboursement des médicaments, et le Royaume-Uni a annoncé son intention de passer à une régulation des prix fondée sur la « valeur » des produits.

*Les structures de gouvernance assurent
la réactivité du système au niveau local
mais peuvent aussi entraver les changements
qui s'imposent dans l'intérêt national*

Le partage des responsabilités entre les cantons et l'échelon fédéral peut, parfois, engendrer un manque de leadership politique et d'initiatives en faveur des réformes dans le système de santé suisse. Si les autorités fédérales ont de larges responsabilités en ce qui concerne la régulation de la concurrence, elles n'ont pas les leviers d'action nécessaires pour impulser des améliorations au niveau de l'ensemble du système. Les administrations cantonales, de petite taille et fortement décentralisées, sont généralement à la fois payeurs

et prestataires de services, ce qui peut affaiblir l'incitation à mettre en place des dispositifs d'une grande transparence et d'une grande réactivité. Les assureurs santé suisses interviennent dans un environnement dans lequel ils sont soumis à la réglementation relevant d'un niveau de gouvernement alors qu'ils cofinancent les services hospitaliers conjointement avec un autre niveau de gouvernement. Cela limite leur capacité d'utiliser leur influence financière pour impulser des changements.

Ces modalités de gouvernance font qu'il est difficile d'introduire des réformes qui impliquent d'infléchir les priorités du système ou d'opérer des changements institutionnels. Les cantons se trouvent confrontés en permanence à la tâche délicate consistant à équilibrer leur fonction – coûteuse en ressources – de gestionnaire des hôpitaux et leur rôle dans la réalisation d'autres priorités nationales importantes. Au niveau des cantons, l'affectation des ressources locales aux politiques de prévention et de santé publique entre souvent en concurrence avec les soins curatifs coûteux mais fournissant apparemment des gains « immédiats » que l'hôpital procure. Dans le même temps, les autorités fédérales ont peu de pouvoir budgétaire pour encourager les cantons à se focaliser sur la prévention, de sorte qu'il leur est difficile d'imposer des changements et de mettre en place des politiques de vaste portée.

L'administration centrale pourrait mettre à profit son pouvoir d'influence sur les assurances pour prendre l'initiative en matière d'évaluation et, à long terme, encourager le développement de mécanismes nationaux dans le cadre de la Loi fédérale sur l'assurance maladie :

- Alors que l'administration centrale aurait la capacité législative de le faire, l'évaluation des services relevant de l'assurance maladie obligatoire est actuellement menée de façon *ad hoc*.
- De même, l'évaluation des technologies médicales, souvent, n'est pas appliquée aux nouveaux produits. L'administration centrale devrait veiller à ce que ce soit le cas.
- La capacité des assureurs d'utiliser leur pouvoir d'achat pour faire baisser les coûts et améliorer la qualité est limitée. Cette situation pourrait être améliorée si les assureurs avaient davantage la possibilité de passer contrat de façon sélective avec les prestataires et devaient assumer l'intégralité des coûts des services hospitaliers.
- Une « surveillance » accrue des assureurs, comme l'envisage une nouvelle loi actuellement à l'étude, pourrait améliorer la transparence de la gouvernance en matière d'assurance maladie.

Le système politique suisse présente un certain nombre de caractéristiques inhérentes qui font qu'il est difficile de réaliser des réformes de vaste ampleur alors qu'il facilite l'innovation et la flexibilité au niveau local. La Suisse doit concilier les préférences diverses de régions culturelles multiples. Le pouvoir d'influence des grands lobbies est accru dans un système politique où le pouvoir de veto peut s'exercer au travers du référendum et où les processus décisionnels sont longs. Pourtant, à long terme, le système de santé devra s'adapter pour être à même de répondre à l'évolution des besoins de la population suisse en matière de santé. Il faudra pour cela des institutions aptes à diffuser les innovations et à encadrer les acteurs, animées par une vision stratégique de la façon d'adapter le système de santé à l'évolution de la maladie et du handicap – plus particulièrement pour encourager la prévention, améliorer la qualité des soins et développer la gamme des compétences et des pratiques nécessaires chez les personnels de santé. Le projet relatif à une stratégie nationale en matière de santé et la loi sur la prévention (si elle est adoptée)

seraient des étapes importantes dans ce sens. On pourrait progresser davantage encore en recensant et en alignant les incitations en direction des citoyens, des prestataires, des communes, des cantons et des assureurs. On pourrait, en particulier, réviser les incitations financières et organisationnelles en faveur de la prévention et des soins ambulatoires, par exemple en organisant une responsabilisation conjointe au niveau local.

Dans la logique de la nouvelle politique européenne de la santé du Bureau régional de l'Europe de l'OMS (*Santé 2020*), des plates-formes seront nécessaires pour améliorer l'élaboration des politiques et des pratiques au niveau des divers cantons et communes. Il faudra s'efforcer d'encourager le partage de l'expertise et des pratiques au niveau local. À cet égard, il importera de mettre en place des institutions de santé publique solides, à même d'exercer une influence nationale, pour élaborer des objectifs stratégiques et évaluer les options envisageables. Le besoin d'institutions solides en matière de santé publique est d'autant plus grand, en Suisse, que les cantons sont de taille variable et, par conséquent, ont une capacité variable d'élaborer les politiques.

Des institutions publiques solides devront aller de pair avec une meilleure information sur la santé. Les systèmes d'information sur la santé sont actuellement limités et les données sur les indicateurs clés dépendent trop souvent du bon vouloir des parties intéressées ou des prestataires de services de santé. La Confédération doit systématiser la collecte d'un ensemble minimum de données sur la santé dans tous les cantons pour aider à corriger les décalages dans les données mesurées selon les cantons. À long terme, les efforts de collecte de données sur la qualité des soins, la santé publique et les soins ambulatoires devraient de préférence se situer à l'échelon national. Cela aiderait à garantir la cohérence et la comparabilité des données recueillies mais, plus encore, cela permettrait de dissocier le niveau de gouvernement qui est chargé de gérer les services de celui qui est chargé de suivre leurs performances. L'information sur la santé aidera aussi à faire comprendre au public les raisons des évolutions clés, comme la réorientation du système vers la prévention et les soins primaires, l'alignement de l'offre hospitalière sur les besoins de la population et l'amélioration de la collaboration entre les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

À terme, il faudrait que l'équilibre des responsabilités entre la Confédération et les cantons évolue. Dans un premier temps, il s'agit de mettre au point des mécanismes de coordination plus efficaces. À plus long terme, une approche plus ambitieuse s'impose, afin d'instaurer une structure de responsabilité différente, mieux à même de favoriser le déploiement des politiques nationales sans limiter la possibilité d'adaptation locale qui est, depuis longtemps, une caractéristique centrale du système de santé suisse.

Un dernier commentaire

Le système de santé suisse assure aujourd'hui des soins de bonne qualité à la population suisse. Comme dans les autres pays de l'OCDE, des réformes seront nécessaires en permanence pour adapter le système de santé suisse aux défis de demain. On a besoin de davantage d'informations pour pouvoir comparer la qualité des soins selon les prestataires ; les prestataires doivent partager entre eux les informations de façon plus fluide ; l'accent doit être mis davantage sur les soins primaires ; les cantons doivent coopérer pour disposer d'effectifs de santé qui présenteront l'éventail des compétences requis à l'avenir et encourager des initiatives de vaste portée en faveur de la prévention.

Dans une logique de réformes permanentes, le système de santé suisse devra pouvoir s'appuyer sur une meilleure coopération entre prestataires et sur la collaboration entre cantons pour planifier l'avenir. C'est fondamental pour instaurer une capacité de changement dynamique qui permettra de garantir que le système de santé suisse reste parmi les meilleurs de la zone de l'OCDE.

Recommandations pour une réforme du système de santé suisse

Le principal défi pour le système de santé suisse est de répondre efficacement à l'évolution vers les *maladies chroniques et les pathologies multiples*. Cela nécessitera des changements selon les axes indiqués ci-dessous :

1. Améliorer la gouvernance stratégique et développer une information de meilleure qualité pour le système de santé suisse :

- Concevoir un *cadre juridique d'ensemble* pour la santé au niveau fédéral qui définisse clairement une vision commune pour le système de santé avec des objectifs clairs, tout en reconnaissant la pluralité des approches et la diversité des ressources, des besoins et des préférences selon les cantons. Il s'agirait aussi de mieux expliciter les rôles et les responsabilités des différents niveaux d'administration et de renforcer les plates-formes de partage des données, en fournissant des éléments d'observation et des analyses pour étayer l'élaboration des politiques et diffuser les meilleures pratiques.
- Définir des calendriers et des normes au niveau national pour de meilleurs *systèmes d'information sur la santé* et la communication obligatoire d'un ensemble minimum de données par tous les cantons. Les bases de données et enquêtes régulières devraient couvrir les aspects ci-après : risques pour la santé ; soins primaires, personnels de santé (y compris le personnel infirmier et autres auxiliaires médicaux) et activité de consultations externes ; qualité des services de soins ambulatoires, hospitaliers et de longue durée ; morbidité et mortalité évitable grâce aux soins de santé ; et inégalités sur le plan de la santé (en fonction, par exemple, du revenu, du niveau de formation et d'autres caractéristiques sociales).
- Mettre en place le *dossier électronique des patients, un identifiant personnel unique et des cartes à puce individuelles* pour améliorer la coordination et la prestation des soins de santé.
- Renforcer et institutionnaliser la coordination entre les niveaux fédéral et cantonal et entre les cantons, en particulier pour améliorer l'organisation et la planification de l'offre de soins de santé.

2. Réformer le financement de la santé et les fonctions d'achat :

- *Améliorer la qualité, l'efficacité, l'efficience et la coordination des soins*. L'analyse coût-efficacité des prestations couvertes par la LAMal devrait être renforcée, grâce à une utilisation plus formalisée et systématique de l'évaluation des technologies en santé. Les mécanismes de participation à la dépense devraient être conçus de manière à encourager l'utilisation de biens et services médicaux coût-efficaces et à encourager la prévention. Il conviendrait de promouvoir les modèles de soins intégrés et le *managed care* en suivant et en rendant publics leurs résultats sur le plan de la qualité et les réussites en termes de gestion des maladies. Les prestataires de réseaux devraient être incités à intégrer la prévention dans leur offre et à assurer un continuum de soins à leurs patients.
- *Améliorer la concurrence fondée sur la valeur dans le contexte de l'assurance maladie*. Les contrats sélectifs entre assureurs et prestataires devraient être progressivement autorisés et il conviendrait d'affiner davantage le mécanisme de compensation des risques en introduisant des facteurs qui tiennent compte du risque lié à la morbidité et en passant à un calcul prospectif des paiements au titre de la compensation des risques.
- *Observer l'équité dans le financement de la santé*, en particulier l'impact sur l'accès aux soins d'une participation élevée à la dépense et des contrats d'assurance à franchise élevée. L'efficacité des mécanismes de protection sociale (subventionnement des primes, par exemple) devrait continuer de faire l'objet d'un suivi et il conviendrait d'envisager de fixer des normes minimales pour l'octroi d'aides au titre des primes aux ménages éligibles.

Recommandations pour une réforme du système de santé suisse (suite)

3. Renforcer la planification stratégique et à l'échelle nationale des effectifs de santé pour garantir que le système de santé suisse, à l'avenir, puisse répondre à des attentes croissantes et à l'évolution des types de pathologies à prendre en charge :
 - Renforcer les systèmes d'information sur les personnels de santé, en particulier pour les infirmières et autres auxiliaires médicaux, et introduire un suivi, une évaluation et un reporting systématiques des politiques visant les personnels de santé au niveau national.
 - Encourager les écoles de médecine et les écoles d'infirmières à augmenter progressivement le nombre des professionnels de santé formés dans le pays, en particulier dans les spécialités dans lesquelles on anticipe des pénuries, comme en médecine générale.
 - Traiter les questions d'équité et d'efficacité en rapport avec les migrations internationales de personnels de santé dans le cadre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.
 - À court terme, réviser TARMED pour relever les niveaux relatifs de paiement des services de pratique générale et autres spécialités connaissant des pénuries.
 - Promouvoir les bonnes pratiques, notamment les collaborations interdisciplinaires et interprofessions.
 - Diffuser l'information sur les pratiques optimales en matière de gestion des ressources humaines à l'hôpital (« magnet hospitals ») pour inciter à reproduire ces expériences.
 - Élaborer des politiques destinées à accroître l'attractivité des professions de santé, favoriser la rétention (en particulier dans les zones reculées et montagneuses), ainsi que l'insertion professionnelle.
 - Encourager les approches interprofessions et la formation professionnelle continue, comme dans le contexte des modèles de soins intégrés et de gestion des maladies.
 - Élaborer des plans de carrière plus complets et à plus long terme dans le secteur de la santé publique, et constituer un corps professionnel national réunissant des professionnels de la santé publique issus des services et de postes universitaires, ainsi que des administrations fédérales et cantonales, en mesure de prodiguer des conseils davantage fondés sur les preuves dans le secteur de la santé publique.
4. Renforcer l'amélioration de la santé et la garantie de la qualité dans les soins de santé :
 - Évaluer systématiquement les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en étant particulièrement attentif à la façon de mettre en œuvre et de contrôler l'application de mesures préventives en matière de santé publique qui ne sont pas encore universellement disponibles (dépistage du cancer du sein), ne sont pas universellement adoptées (vaccination) ou sont d'un bon rapport coût-efficacité (taxes sur le tabac et l'alcool).
 - Élargir, fondamentalement, la place de la prévention dans le système de santé suisse, par exemple en encourageant les prestataires à intégrer la prévention dans leur pratique et en renforçant et en faisant aboutir une législation fédérale sur la santé publique et la prévention qui assigne clairement les responsabilités et donne les moyens financiers de mettre en œuvre les politiques adéquates dans tout le pays.
 - Renforcer la responsabilité et le leadership au sein du système de santé à la fois pour intensifier les progrès concernant l'amélioration de la santé et la prévention des maladies, et pour mieux se préparer aux situations d'urgence nationale.
 - Fournir un soutien financier accru pour faciliter des initiatives à l'échelle nationale en faveur de la qualité des soins.
 - Exiger des prestataires, aussi bien au niveau hospitalier qu'au niveau ambulatoire, qu'ils collectent et communiquent des informations sur un système d'indicateurs de qualité des soins de santé à l'échelle du pays.

Recommandations pour une réforme du système de santé suisse (suite)

5. Renforcer l'efficacité de l'offre de soins de santé et des dépenses pharmaceutiques :

- Envisager de passer de l'actuel système dual de financement des soins en hospitalisation par les cantons et les assureurs à un système dans lequel le financement des cantons est dirigé vers un payeur unique.
- Veiller à ce que la mise en œuvre des DRG s'accompagne d'un accroissement de l'autonomie pour les hôpitaux cantonaux, à ce que de nouvelles informations sur l'efficacité et la qualité des prestataires soient utilisées pour orienter la planification hospitalière, et à ce que les paiements au titre des DRG soient complétés pour soutenir l'offre de services essentiels (par exemple, services en cas d'accident et services d'urgence).
- Traiter le problème de l'incitation à la surproduction inhérent aux formules de paiement à l'acte en les combinant avec d'autres éléments de rémunération des prestataires.
- Encourager une évolution des soins aigus à l'hôpital vers les soins ambulatoires, et le développement d'une prise en charge transversale dans des structures ambulatoires ou résidentielles pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée, les personnes souffrant de maladies mentales ou celles ayant besoin de soins palliatifs.
- Développer les politiques incitant à privilégier la qualité et le rapport coût-efficacité dans la prescription et l'utilisation des produits pharmaceutiques (recours à l'évaluation des technologies en santé et plus large incitation à l'utilisation des génériques, par exemple).

Chapitre 1

Principales caractéristiques du système de santé suisse

Ce chapitre décrit les principales caractéristiques du système de santé suisse. La Suisse, faiblement peuplée et dotée d'une population vieillissante, fait partie des pays de l'OCDE qui obtiennent les meilleurs résultats en termes de santé, bien que cela lui coûte plus cher qu'à la plupart des autres pays. Le secteur de la santé représente un pan important de l'économie suisse. La particularité du système de santé suisse tient à son assurance maladie obligatoire, fournie par des assureurs selon des termes prévus par la loi. L'assurance maladie obligatoire couvre tout l'éventail des besoins en soins de santé de base des citoyens suisses, des soins ambulatoires aux soins hospitaliers. Les cantons jouent un rôle important dans le financement, l'organisation et la prestation des services de soins de santé.

Comme on peut l'observer dans bon nombre de pays membres de l'OCDE, l'évolution du système de santé en Suisse, au cours du XX^e siècle, a accordé une place majeure aux soins curatifs. Les administrations cantonales suisses sont au cœur de ce système et jouent, depuis plus de 150 ans, un rôle capital dans la prestation et le financement des services de santé. Tout au long de cette période, on s'est interrogé sur les rôles et les responsabilités des cantons, ce qui a conduit récemment à un élargissement modeste des responsabilités des autorités fédérales, par delà la Loi fédérale sur l'assurance maladie. Depuis 25 ans, les pouvoirs publics accordent une place plus importante à la promotion de la santé et à la prévention des maladies.

À l'aube du XX^e siècle, seule une faible proportion de la population suisse bénéficiait d'une protection en matière de santé. En 1903, le nombre des caisses d'assurance était estimé à 2 006 et 14 % seulement de la population bénéficiait d'une couverture. L'adhésion à ces caisses d'assurance reposait principalement sur l'affiliation à un syndicat, l'activité professionnelle, l'appartenance religieuse et la situation géographique. Les caisses d'assurance étaient de petites structures (la moitié d'entre elles comptaient moins de 100 membres) et une sur deux n'était présente que dans une seule commune. En outre, le manque de coordination entre les caisses, le choix arbitraire des membres et l'opacité des mécanismes de fixation des primes étaient chose courante (Mulheim, 2003).

La première Loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents (LAMA)¹ a été adoptée en 1911. Son champ d'action était moins ambitieux que celui de la proposition de loi initiale des autorités, qui prévoyait une couverture obligatoire pour tous les travailleurs jusqu'à un certain niveau de revenus. Cette loi visait à subventionner les assureurs maladie reconnus et à imposer des exigences réglementaires minimales (encadré 1.1). Elle a fait l'objet de plusieurs révisions au fil des années afin de faciliter le libre passage d'une assurance à une autre et de mieux définir les prestations couvertes. Finalement, les inquiétudes quant à la hausse des coûts des soins de santé et la volonté d'offrir une

Encadré 1.1. **Le système d'assurance maladie sociale selon la LAMA**

La Loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents (LAMA) de 1911 réglementait l'assurance maladie en Suisse jusqu'à son remplacement par la LAMal en 1996. La loi de 1911 définissait un panier de prestations de base mais l'affiliation restait essentiellement volontaire et les conditions de l'assurance variaient considérablement d'un assureur à l'autre ; tous les assureurs étaient des caisses à but non lucratif. Les primes individuelles étaient calculées sur la base de l'âge d'entrée et du sexe de la personne assurée. Les primes pour les femmes pouvaient être supérieures à celles des hommes dans une proportion allant jusqu'à 10 %, tandis que l'âge d'entrée dans le système entraînait des écarts de prime non négligeables. Les personnes malades ou présentant des risques importants ne pouvaient passer librement d'un assureur à l'autre car les caisses pouvaient refuser de les assurer ou leur appliquer des primes sans rapport avec les primes que leur appliquait leur caisse antérieure. Dans ces conditions, permettre à tous d'accéder aux soins dont ils avaient besoin était difficile.

Encadré 1.1. Le système d'assurance maladie sociale selon la LAMA (suite)

En outre, la concurrence entre les caisses n'était guère loyale. Les caisses recevaient des subventions publiques qui ne prenaient en compte que d'une manière imparfaite les différences de structure de risque d'un assureur à l'autre. Les caisses qui assuraient une forte proportion de personnes présentant des risques étaient contraintes de facturer des primes moyennes plus élevées, ce qui incitait les personnes plus jeunes et en meilleure santé à les quitter. Certaines caisses ont ainsi disparu du marché ou ont dû fusionner avec d'autres pour éviter la faillite. Bien que la nécessité de réviser et de moderniser la LAMA soit reconnue depuis les années 60, sous l'effet de la pression grandissante des coûts et du souci de solidarité, les électeurs ont rejeté toutes les tentatives de tenir compte de ces considérations jusqu'à la ratification par le Parlement (et à la suite d'un référendum populaire), en 1994, et l'entrée en vigueur, en 1996, de la nouvelle Loi fédérale sur l'assurance maladie (Gilliand, 1990).

Source : Adapté de Colombo (2001).

couverture équitable ainsi que des services de grande qualité ont conduit, en 1994, à l'adoption d'une nouvelle Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)². C'est, aujourd'hui encore, essentiellement sur la base des termes définis par cette loi que fonctionne l'assurance maladie obligatoire en Suisse.

Actuellement, l'assurance maladie obligatoire finance environ un tiers des dépenses du système de santé suisse. Les assureurs fixent le montant des primes selon une tarification uniforme pour éviter les différenciations sur la base du risque. En 2009, plus de 7.7 millions de résidents suisses, dont 73 % d'adultes, 19 % d'enfants et 9 % de jeunes en formation, avaient une assurance obligatoire (OFS, 2009a). Le nombre des assurés est demeuré relativement stable depuis 1996 et pratiquement personne n'est dépourvu d'assurance.

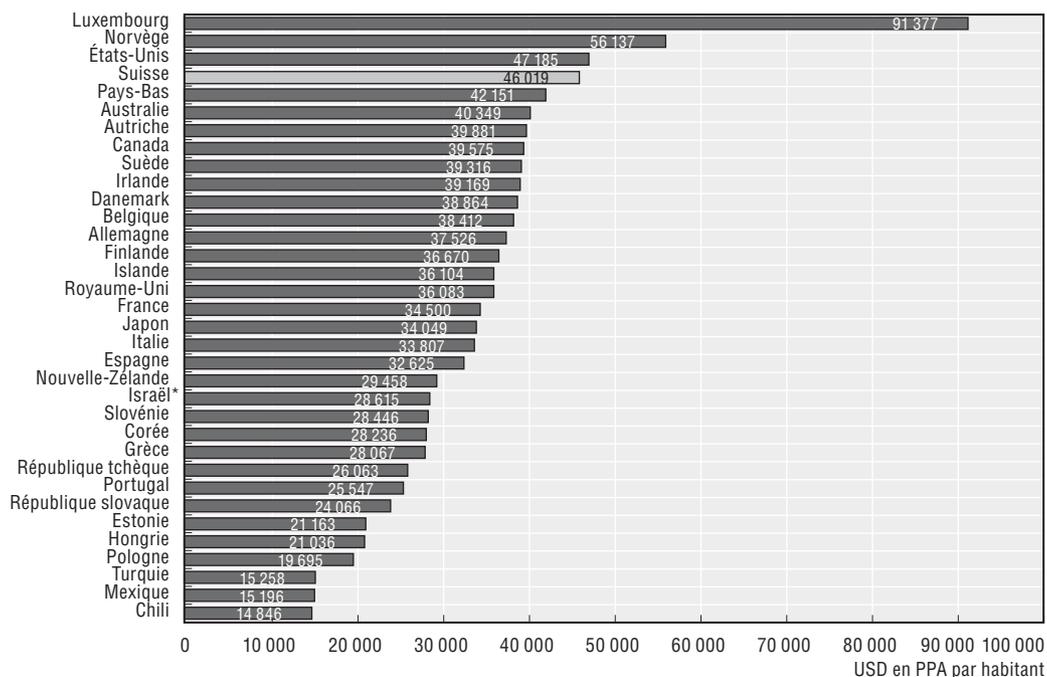
1.1. Principales caractéristiques de la Suisse

La Suisse est un petit pays de 7.7 millions d'habitants occupant une superficie de 41 285 km². C'est un État fédéral constitué de 26 cantons et qui compte trois langues officielles : environ 64 % de la population parle allemand, 20 % parle français et 6.5 % parle italien. Une petite partie de la population parle le romanche ou d'autres langues non officielles.

Contexte économique et social

La Suisse est l'un des pays les plus riches de la zone OCDE. Son PIB par habitant, qui s'élève à plus de 46 000 dollars en parités de pouvoir d'achat (PPA), après avoir pris en compte les écarts de prix entre les pays, se trouve au quatrième rang au sein de l'OCDE (derrière le Luxembourg, la Norvège et les États-Unis). Il est supérieur d'un tiers à la moyenne pour la zone OCDE qui s'élève à 34 200 dollars en PPA (graphique 1.1). Parmi les principaux secteurs d'activité figurent les microtechnologies, les biotechnologies, l'industrie pharmaceutique, mais aussi la banque et l'assurance. L'une des principales caractéristiques de l'économie suisse est son ouverture aux échanges et aux investissements internationaux, bien que d'importantes barrières aux importations subsistent et que les producteurs nationaux soient largement subventionnés (OCDE, 2009).

Graphique 1.1. PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2010

USD en PPA¹

* Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune afin d'évaluer le pouvoir d'achat de différentes monnaies en éliminant les écarts de niveau des prix entre pays.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

En termes de revenus et de capacité financière, les inégalités sont importantes à l'intérieur du pays. Comme le montre le tableau 1.1, le revenu par habitant du canton de Bâle-Ville, qui est le plus élevé du pays, est trois fois supérieur à celui du canton du Jura, qui est le plus faible (OFS, 2005). La Confédération et les cantons les plus riches aident les cantons dont les recettes fiscales sont plus faibles grâce à un mécanisme de péréquation budgétaire. En dépit d'un faible taux de chômage (3.5 % en 2008), l'économie suisse manque de dynamisme et les gains de productivité récents sont faibles comparés à ceux d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2009).

Population et tendances démographiques

La population suisse devrait continuer de progresser à un rythme conforme à la moyenne de l'OCDE. Avec près de 7.7 millions d'habitants en 2010, contre 5.3 millions en 1960, la progression de la population du pays atteint un taux annuel moyen de 0.8 %, très proche de la moyenne pour l'ensemble des pays membres de l'OCDE, qui s'élève à 0.9 % (OCDE, 2010a). On estime que les résidents étrangers représentent 21 % de la population, un pourcentage qui est parmi les plus élevés dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2010b). Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie, du taux de fécondité actuel et du niveau de l'immigration, le taux de progression de la population devrait continuer de baisser au cours des 50 prochaines années (OCDE, 2011b).

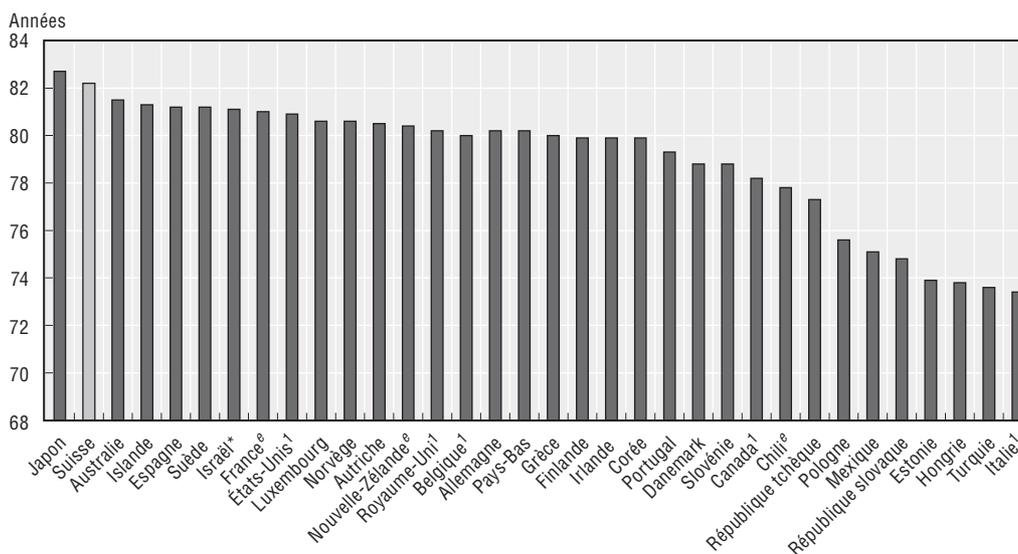
Tableau 1.1. **Revenu national par habitant par canton, 2005**

Canton	Revenu par habitant
	(en CHF)
Bâle-Ville	115 178
Zoug	93 753
Nidwald	73 286
Glaris	73 236
Zurich	68 804
Genève	62 839
Schaffhouse	55 126
Bâle-Campagne	53 502
Vaud	52 901
Schwytz	50 170
Neuchâtel	49 775
Grisons	49 355
Argovie	49 209
Soleure	46 844
Appenzell Rhodes-Intérieures	45 936
Uri	45 712
Berne	45 644
Thurgovie	44 918
Saint-Gall	44 866
Appenzell Rhodes-Extérieures	44 215
Lucerne	43 910
Tessin	41 335
Obwald	39 646
Fribourg	39 559
Valais	38 385
Jura	38 070

Source : OFS – Office fédéral de la statistique (2005), *Comptes nationaux, Revenus cantonaux selon les bénéficiaires*.

La population de la Suisse est relativement âgée par rapport à celle des autres pays de l'OCDE et ce phénomène de vieillissement devrait se poursuivre. En 2008, 16.5 % de la population avait plus de 65 ans et 21.4 % avait moins de 20 ans, alors que les moyennes de l'OCDE s'élèvent respectivement à 14.7 % et 24.4 % (OCDE, 2010a). Cette situation s'explique par deux tendances à long terme : la baisse du taux de fécondité depuis les années 70 et l'allongement de l'espérance de vie au cours du siècle dernier. Avec une espérance de vie à la naissance estimée à 79.8 ans pour les hommes et 84.6 ans pour les femmes, la Suisse est au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 3.4 années pour les hommes et 2.6 années pour les femmes. Du point de vue de l'espérance de vie, la Suisse se place en première position parmi les pays de l'OCDE pour les hommes, et en deuxième position pour les femmes, derrière le Japon (graphique 1.2) (OCDE, 2010a). C'est ainsi que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a plus que doublé depuis 1950, tandis que celui des personnes âgées de plus de 80 ans est plus de cinq fois plus élevé qu'en 1950. On prévoit que le taux de dépendance des personnes âgées (c'est-à-dire le pourcentage des personnes âgées de plus de 65 ans au sein de la population totale par rapport à celui des personnes âgées de 20 à 65 ans) devrait passer de 26.5 % de la population en 2008 à près de 50.8 % en 2050 (OCDE, 2011b). À l'inverse, on estime que la population d'âge actif passera de 68 % à 59 % de la population totale sur la même période (graphique 1.3) (OCDE, 2011b).

Graphique 1.2. **Espérance de vie à la naissance dans les pays de l'OCDE, 2008**



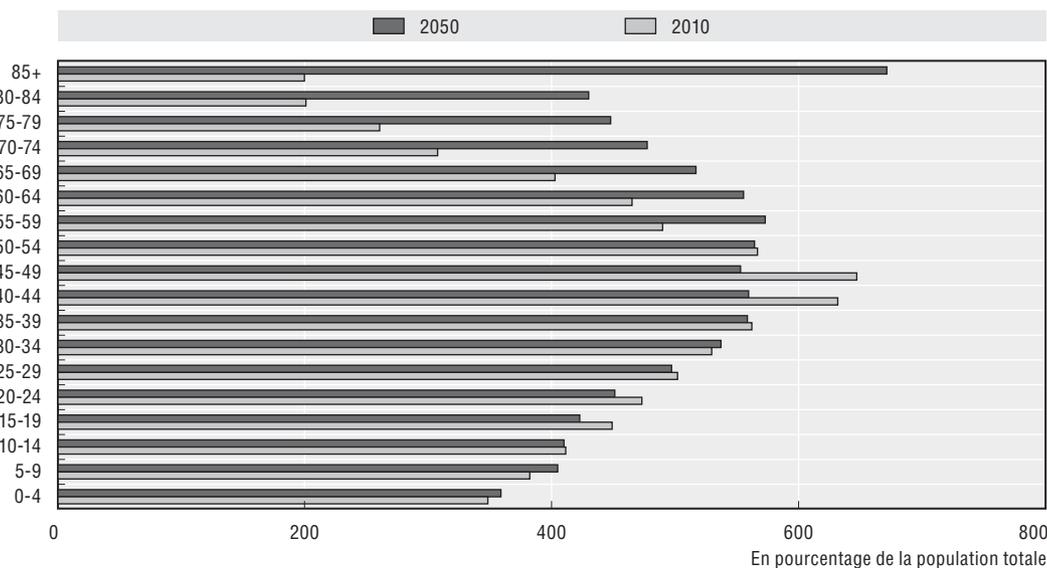
e : Estimations.

* Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Les données pour ces pays se rapportent à l'année 2007.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé.

Graphique 1.3. **La population suisse par groupe d'âge, 2010 et 2050**



Source : OCDE (2011b).

Si la majorité de la population suisse vit en zones urbaines, on observe des écarts importants en terme de densité de population. Environ 75 % de la population du pays vit en milieu urbain, 35 % vivant dans les grandes agglomérations³, à savoir Zurich, Genève, Bâle, Berne et Lausanne (OFS, 2009a). La densité de population varie selon un facteur de 190 entre le canton le plus densément peuplé, celui de Bâle-Ville, et celui où la densité est la plus faible, celui des Grisons (OFS, 2009b) (tableau 1.2).

Tableau 1.2. Indicateurs démographiques de base de la Suisse, 2009

	Population ¹	Part de la population vivant dans les villes ² (%)	Part de la population vivant en milieu rural ² (%)	Densité de population ³	Taux de dépendance économique ⁴	Taux de dépendance économique des personnes âgées ⁵
CH Suisse	7 786	74	26	195	33	27
AI Appenzell Rhodes-Intérieures	16	0	100	91	41	29
AR Appenzell Rhodes-Extérieures	53	53	47	218	36	29
AG Argovie	600	66	34	430	34	25
BL Bâle-Campagne	273	92	8	527	33	32
BS Bâle-Ville	188	100	0	5 078	26	33
BE Berne	974	62	38	167	32	31
FR Fribourg	273	56	44	171	39	23
GE Genève	453	99	1	1 844	35	25
GL Glaris	38	0	100	57	34	29
GR Grisons	192	50	50	27	31	29
JU Jura	70	30	70	84	40	31
LU Lucerne	373	51	49	261	35	26
NE Neuchâtel	172	75	25	239	37	30
NW Nidwald	41	88	12	169	32	26
OW Obwald	35	0	100	73	36	25
SH Schaffhouse	76	76	24	254	32	32
SZ Schwytz	145	80	20	170	34	24
SO Soleure	253	77	23	320	33	29
SG Saint-Gall	475	67	33	243	36	26
TG Thurgovie	245	50	50	284	35	25
TI Tessin	336	87	13	122	31	34
UR Uri	35	0	100	33	36	30
VS Valais	307	57	43	59	34	28
VD Vaud	702	75	25	249	37	26
ZG Zoug	111	96	4	535	33	24
ZH Zurich	1 351	95	5	814	31	26

1. Milliers de personnes.

2. Selon la définition du Recensement fédéral de la population (RFP) de 2000.

3. Habitants au kilomètre carré.

4. Nombre de personnes âgées de moins de 20 ans pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans.

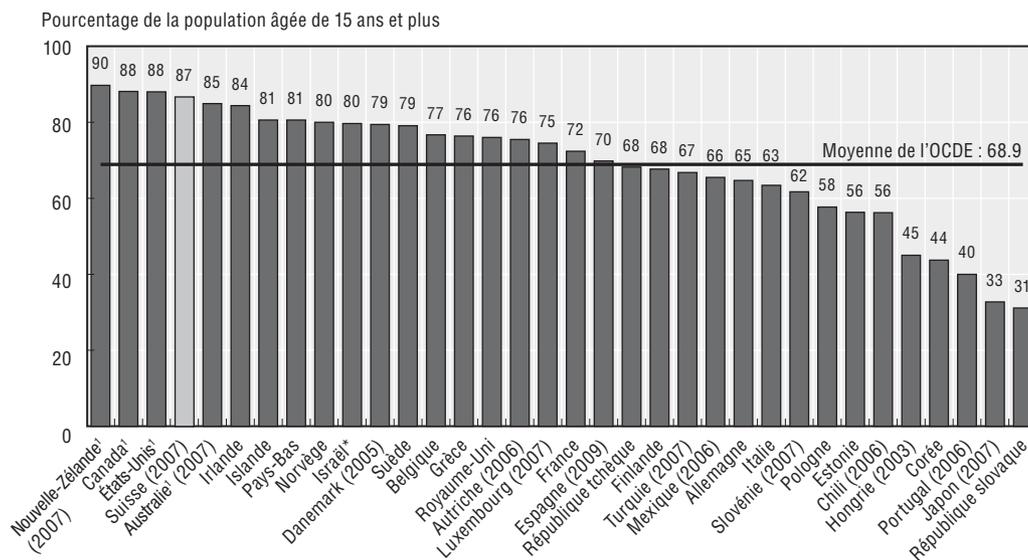
5. Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans.

Source : OFS – Office fédéral de la statistique, statistiques sur la population disponibles en ligne.

Profil épidémiologique

La proportion de la population qui se considère en bonne santé est plus élevée en Suisse que dans la plupart des pays de l'OCDE. En effet, environ 87 % des personnes vivant chez elles affirment être en bonne, voire en très bonne santé, contre 69 %, en moyenne, dans l'ensemble des pays de l'OCDE (graphique 1.4) (OCDE, 2010a). Seuls la Nouvelle-Zélande, le Canada et les États-Unis obtiennent des chiffres plus élevés. Cependant, environ 27 % de la population affirme souffrir d'une maladie ou de problèmes de santé chroniques, et entre 9.8 % et 11.4 % des plus de 65 ans vivant à leur domicile affirment ne plus être capables de vivre de manière autonome et avoir besoin d'aide au quotidien (par exemple pour s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes) (OFS, 2007).

Graphique 1.4. **Part de la population se considérant en bonne ou en très bonne santé dans les pays de l'OCDE, 2008**



* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Les résultats de ces pays ne sont pas directement comparables avec ceux des autres pays pour des raisons méthodologiques liées à la collecte des données. Ces différences de méthode se traduisent par une augmentation du pourcentage pour ces pays.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

Si la proportion de la population en état de surcharge pondérale ou d'obésité est inférieure à la moyenne pour la zone OCDE (37 % de la population suisse contre 50 % en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE), le surpoids est en passe de devenir un problème majeur de santé publique. D'autres indicateurs de risque pour la santé publique montrent que la consommation de tabac pour l'ensemble de la population suisse est légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE, tandis que la consommation d'alcool par habitant est un peu plus élevée que la moyenne de l'OCDE (tableau 1.3) (OCDE, 2011c).

En Suisse, le taux de mortalité est plus faible que dans la plupart des pays de l'OCDE, la majorité des décès étant imputable aux problèmes de santé liés à l'âge et aux maladies non transmissibles. À 8.0 décès pour 1 000 habitants, le taux de mortalité, en Suisse, est inférieur à la moyenne dans la zone OCDE, laquelle s'élève à 8.8 pour 1 000 (OCDE, 2010a). La plupart de ces décès sont dus à des maladies du système circulatoire (37 %), à des tumeurs malignes ou à des cancers (25 %) et à des maladies respiratoires (6 %) (graphique 1.5). Depuis quelques années, le recul des décès dus à des problèmes circulatoires contribue à faire baisser le taux global de mortalité. En revanche, la mortalité liée à des troubles mentaux est en progression, essentiellement du fait de l'augmentation de la mortalité due à la maladie d'Alzheimer et à la démence (OFS, 2010a).

Structures politiques et administratives

Dans la structure fédérale suisse, l'autorité s'exerce à trois niveaux différents, l'essentiel des responsabilités revenant aux cantons. La Confédération a différents degrés de responsabilité dans des domaines comme la politique étrangère, la sûreté nationale, la politique monétaire, l'environnement, la santé et les transports. Les 26 cantons suisses jouissent d'un degré élevé d'autonomie et gèrent quasiment tout ce qui relève des soins de santé, de l'éducation et de la culture. Chaque canton a sa propre constitution, son Parlement,

Tableau 1.3. Indicateurs de risques pour la santé publique dans les pays de l'OCDE, 2009

	Consommation d'alcool (litres par habitant pour la population des plus de 15 ans)	Consommation de tabac (% de fumeurs quotidiens dans la population des plus de 15 ans)	Population en surpoids et obèse ¹ (% de la population ayant un IMC > 25kg/m ²)
Australie	10.1	16.6 2007	56.0 2007
Autriche	12.2	23.2 2006	47.7 2006
Belgique	9.7 2006	20.5 2008	46.9 2008
Canada	8.2	16.2	47.9
Chili	8.6 2	29.8	55.5
République tchèque	12.1	24.6 2008	54.3 2008
Danemark	10.1	19.0	46.7 2010
Estonie	12.0	26.2 2008	49.6 2008
Finlande	10.0	18.6	49.3
France	12.3 2008	26.2 2008	38.2 2008
Allemagne	9.7	21.9	51.4
Grèce	9.2 2008	39.7 2008	58.9 2008
Hongrie	11.8 2008	26.5	53.6
Islande	7.3 2008	15.8	60.2 2007
Irlande	11.3	29.0 2007	51.0 2007
Israël*	2.5 2005	20.3	47.7 2008
Italie	8.0 2006	23.3	46.3
Japon	7.4	24.9	
Corée	8.9	25.6	
Luxembourg	11.8 2005	19.0	
Mexique	5.9 2008 ²	13.3 2006	
Pays-Bas	9.4	28.0	47.2
Nouvelle-Zélande	9.3	18.1 2007	
Norvège	6.7	21.0	46.0 2008
Pologne	10.2	27.0	45.3 2004
Portugal	12.2 2005	18.6 2006	51.6 2006
République slovaque	9.0 3	19.4 (3)	47.6 2003
Slovénie	11.5	18.9 2007	55.1 2007
Espagne	10.0 2006	26.2	53.6
Suède	7.4	14.3	46.3
Suisse	10.1	20.4 2007	37.3 2007
Turquie	1.5	27.4 2008	47.6 2008
Royaume-Uni	10.2	21.5	
États-Unis	8.8 2008	16.1	63.5
Moyenne OCDE	9.3	22.3	50.1

* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. IMC signifie indice de masse corporelle c'est-à-dire la masse (en kilos) divisée par le carré de la hauteur (en mètres). Les estimations se rapportent à la population adulte (c'est-à-dire, sauf indication contraire, à la population des 15 ans et plus) et se fondent sur les enquêtes nationales de santé pour la plupart des pays (autoévaluations) excepté l'Australie, le Canada, le Chili, la République tchèque, l'Irlande, le Japon, la Corée, le Luxembourg, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque, le Royaume-Uni et les États-Unis pour lesquels les estimations sont basées sur la mesure du poids et de la taille. Cette différence de méthode limite la comparabilité des données car les chiffres des évaluations réelles sont sensiblement supérieurs à ceux des autoévaluations.

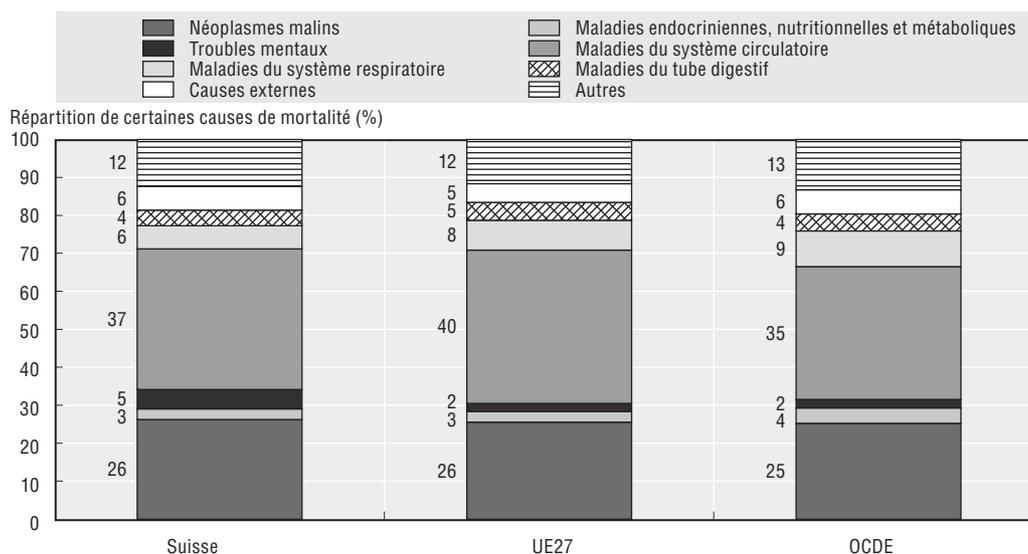
2. Rupture de la série des données.

3. Estimations.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

son gouvernement et ses tribunaux et détient tous les pouvoirs qui ne sont pas spécifiquement délégués à un autre niveau d'autorité. Enfin, les quelque 2 551 communes du pays exercent leur autorité dans des domaines tels que l'éducation, la politique sociale et la planification locale, avec plus ou moins d'autonomie en matière décisionnelle selon les cantons.

Graphique 1.5. Répartition de certaines causes de mortalité, 2007



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010 ; Base de données statistiques Eurostat.

La Confédération suisse se caractérise par la stabilité et la continuité de ses institutions politiques. Le pouvoir législatif est exercé par un Parlement composé de deux chambres : le Conseil national, où les cantons sont représentés au prorata de leur nombre d'habitants, et le Conseil des États, où chaque canton est représenté par deux membres⁴. Les membres des deux chambres sont élus au suffrage universel direct⁵. Le gouvernement est composé des sept membres du Conseil fédéral et est élu tous les quatre ans par l'assemblée des deux chambres parlementaires. Les sept ministres exercent une présidence tournante. Le Tribunal fédéral de Lausanne et, depuis 2004, le Tribunal pénal fédéral de Bellinzona constituent les plus hautes instances judiciaires du pays.

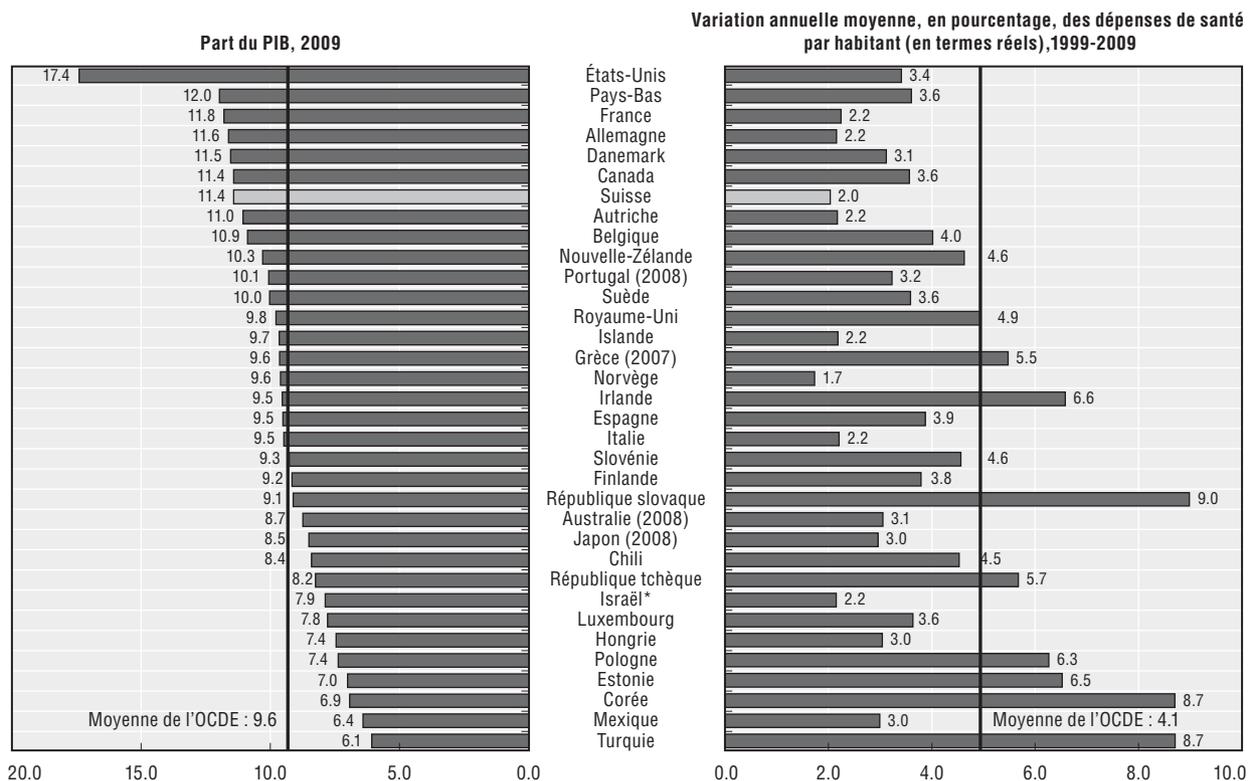
L'une des caractéristiques du système politique suisse est le droit d'initiative et de référendum. Les citoyens peuvent exercer leur droit d'initiative en vue de modifier la constitution fédérale s'ils obtiennent la signature d'au moins 100 000 électeurs sur une période de 18 mois. De même, un référendum peut être organisé à propos d'une nouvelle législation ou d'amendements à une législation existante si 50 000 électeurs le demandent. Dans certains cas, par exemple pour modifier la constitution ou pour adhérer à des organismes supranationaux, l'organisation d'un référendum est obligatoire.

La Suisse entretient des relations étroites avec l'Union européenne à travers des accords bilatéraux. La moitié des échanges commerciaux du pays se font avec les pays de l'Union européenne et des accords facilitent la libre circulation des personnes entre ces pays et la Suisse. On observe, en outre, une ouverture progressive des marchés du travail entre l'Union européenne et la Suisse. Dans le secteur de la santé, la reconnaissance mutuelle des diplômes de médecins et d'infirmières est une mesure qui illustre cette tendance⁶.

1.2. Le poids économique du secteur de la santé

La Suisse consacre davantage de ses ressources à ses dépenses de santé que la plupart des pays de l'OCDE. Ainsi, en 2009, elle a consacré 11.4 % de son PIB à la santé, un pourcentage qui la place au septième rang parmi les pays de l'OCDE (graphique 1.6). La Suisse demeure parmi les pays qui dépensent le plus pour la santé lorsqu'on évalue ces dépenses par habitant (graphique 1.7). Si les dépenses de santé en proportion du PIB

Graphique 1.6. Part du PIB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, 2009, et évolution des dépenses de santé par habitant en termes réels, 1999-2009



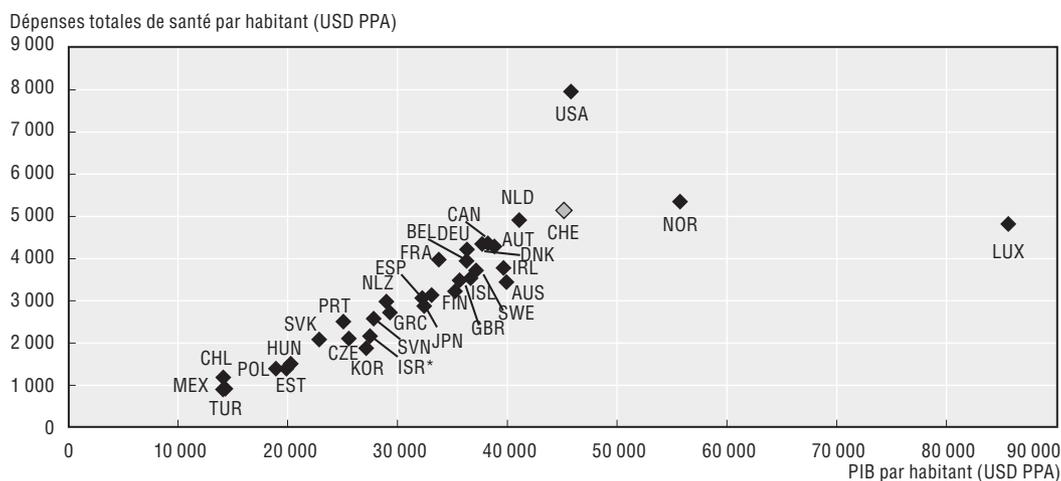
Note : Les données pour les pays suivants ne couvrent pas toute la période, années entre parenthèses : Grèce (1999-2007), Portugal (1999-2008), Australie (1999, 2008), Japon (1999-2008), Corée (1999-2006).

* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée, qui sont l'une des composantes de ses dépenses totales de santé.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

Graphique 1.7. Dépenses de santé par habitant et PIB par habitant dans les pays de l'OCDE, 2009 (ou dernière année pour laquelle on dispose de données)



* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

progressent régulièrement, on observe que le rythme de cette progression a ralenti au cours de ces dernières années, ressortant à 2.0 % l'an entre 1999 et 2009, ce qui est inférieur à la moyenne de l'OCDE qui est de 4.1 %. Cette évolution s'explique, dans une certaine mesure, par une croissance plus forte avant le ralentissement économique mondial et par la récente modération des dépenses publiques consacrées à la santé. En 2008, ces dernières représentaient 20 % des dépenses publiques totales (OCDE, 2010a).

En Suisse, la santé est l'un des secteurs qui emploient le plus et où la progression de l'emploi est la plus forte. En 2008, ce secteur employait environ 13.5 % de la population résidant en Suisse, soit plus d'un demi-million de personnes. L'emploi dans ce secteur a progressé bien plus rapidement que dans les autres secteurs d'activité économique, avec une croissance de 20 % entre 2001 et 2008, contre 9 % pour l'ensemble de l'économie du pays sur la même période (OFS, 2010b).

1.3. Mode de gouvernance du système de santé suisse

Pour des raisons liées à l'histoire de la Confédération, les cantons jouent un rôle-clé dans l'offre et le financement des services de santé en Suisse. Les cantons partagent les responsabilités avec les autorités fédérales pour l'élaboration des politiques, la réglementation et la surveillance du système de santé, et ils peuvent généralement déléguer un certain nombre de tâches aux communes. Au fil du temps, le fait que les décisions sont prises à l'échelle des cantons a entraîné certaines différences dans les systèmes de santé des 26 cantons.

Au fil du temps, le champ des responsabilités des autorités fédérales en matière de santé s'est étendu, pour des aspects intéressant l'ensemble du système. Cela s'est généralement fait à la demande des cantons ou par l'adoption de nouvelles lois ou la modification de certaines lois fédérales. Ainsi, après la création de Swissmedic⁷, la responsabilité de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et des appareils médicaux est revenue aux autorités nationales. De même, la Confédération est désormais plus impliquée dans la recherche et l'enseignement post gradué. Les autorités fédérales et cantonales continuent de se partager les responsabilités concernant les personnels de santé. Les cantons qui, souvent, supportent le coût de la formation, déterminent dans une large mesure le nombre de places disponibles dans le pays pour se former aux professions médicales, tandis que la Confédération décide de la politique globale à mener en matière de flux migratoires des professionnels de santé (chapitre 2).

Si chaque canton dispose généralement de son propre département santé, plusieurs institutions ont, par ailleurs, été mises en place pour améliorer la coordination et la coopération aussi bien au niveau fédéral qu'au niveau cantonal. Au niveau fédéral, interviennent notamment l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui relèvent tous deux du Département fédéral de l'Intérieur. Un organisme de coordination politique – la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) – existe depuis 1919. Son rôle est de promouvoir la coopération et l'uniformisation des actions entre les cantons et, dans certains cas, avec la Confédération. Cependant, la CDS est avant tout une instance d'échange qui s'efforce de faciliter la recherche de consensus et qui n'a pas de pouvoir décisionnel. Un Dialogue de la politique nationale de la santé s'est également engagé à partir de 2003. Il s'agit d'une plate-forme permanente où les responsables fédéraux et cantonaux de la politique de la santé peuvent débattre de leurs enjeux et problèmes communs.

Encadré 1.2. Principales responsabilités en matière de santé aux niveaux fédéral, cantonal et communal

Niveau fédéral

- Rôle législatif et de contrôle dans les domaines suivants :
 - ❖ Assurance maladie et assurance accidents ;
 - ❖ contrôle et éradication des maladies transmissibles ;
 - ❖ promotion de l'activité physique et du sport ;
 - ❖ assurance sociale ;
 - ❖ surveillance des examens médicaux professionnels et reconnaissance des qualifications des médecins ;
 - ❖ promotion de la science, de la recherche et de l'enseignement supérieur ;
 - ❖ génie génétique, procréation médicalement assistée, transplantologie et recherche médicale ;
 - ❖ protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ;
 - ❖ protection de l'environnement ;
 - ❖ contrôle de la qualité et de la sécurité des médicaments et des appareils médicaux ;
 - ❖ sécurité alimentaire ;
 - ❖ abus de substances psycho-actives ;
 - ❖ formation (non universitaire) aux professions de santé ;
 - ❖ fourniture de statistiques de santé.

Niveau cantonal

- offre de soins de santé et financement partiel des coûts hospitaliers ;
- autorisation d'ouverture d'un cabinet médical ou d'une pharmacie ;
- prévention des maladies et éducation sanitaire ;
- mise en œuvre des lois fédérales sur délégation du gouvernement fédéral.

Niveau communal

- mise en œuvre des responsabilités déléguées par les cantons, par exemple de l'offre de soins infirmiers et de soins à domicile.

Sources : Observatoire européen des systèmes de santé (2000), Kocher (2007).

1.4. Le financement des soins de santé en Suisse

Depuis l'adoption de la Loi sur l'assurance maladie en 1996, toute personne résidant en Suisse est contrainte de souscrire une assurance maladie obligatoire auprès d'un assureur agréé. Les assureurs maladie sont les intermédiaires grâce auxquels chaque personne peut jouir de son droit à recevoir des soins de santé élémentaires et ces institutions financent, avec les instances publiques (principalement les cantons), l'essentiel des dépenses de santé en Suisse. Les coûts directs – qui correspondent soit à la participation aux coûts prévue par une police d'assurance, soit à de l'argent déboursé directement par un patient – financent également dans une large mesure le système de santé suisse. Outre ces trois principales sources de financement, il existe en Suisse d'autres systèmes d'assurances sociales (l'assurance accidents, par exemple), ainsi que des produits d'assurance maladie volontaires proposant des services qui ne sont pas couverts par le paquet de prestations obligatoires.

Les sources de financement des dépenses de santé

En 2009, les assurances-maladie obligatoires ont couvert 35 % des dépenses totales de santé en Suisse, ce qui fait d'elles le principal bailleur de fonds du système de santé (tableau 1.4). Les autorités publiques ont pris en charge 19 % de ces dépenses cette même année, soit 16 % pour les cantons, 2 % pour les communes et 0.4 % pour les autorités fédérales. Les fonds publics sont destinés à subventionner des prestataires institutionnels (hôpitaux, établissements de soins de longue durée, soins à domicile), mais aussi la prévention, la santé publique et les dépenses administratives⁸.

Tableau 1.4. **Financement du système de santé selon l'agent payeur, 2009**

Part du financement total (en %)	2009 [*]
Total	100.0
État	18.9
Confédération	0.4
Établissements de santé	0.0
Prévention	0.4
Administration	0.0
Cantons	16.3
Établissements de santé	13.0
Soins à domicile	0.5
Prévention	0.5
Administration	0.3
Invalidité	1.9
Sécurité publique, services de secours	0.1
Communes	2.2
Établissements de santé	1.2
Soins à domicile	0.5
Prévention	0.2
Administration	0.1
Invalidité	0.1
Sécurité publique, services de secours	0.1
Assurances sociales	40.8
Assurance maladie de base (LAMal)	35.1
Assurance accidents (LAA)	3.0
AI-AVS	2.7
Assurance militaire	0.1
Assurances privées	8.8
Assureurs LAMal (LCA) ¹	2.6
Institutions d'assurance privées	6.2
Ménages privés	30.5
Participation aux frais, assurances sociales	5.5
Participation aux frais, assurances privées	0.1
Paiements directs des ménages	24.9
Autre financement privé	1.0

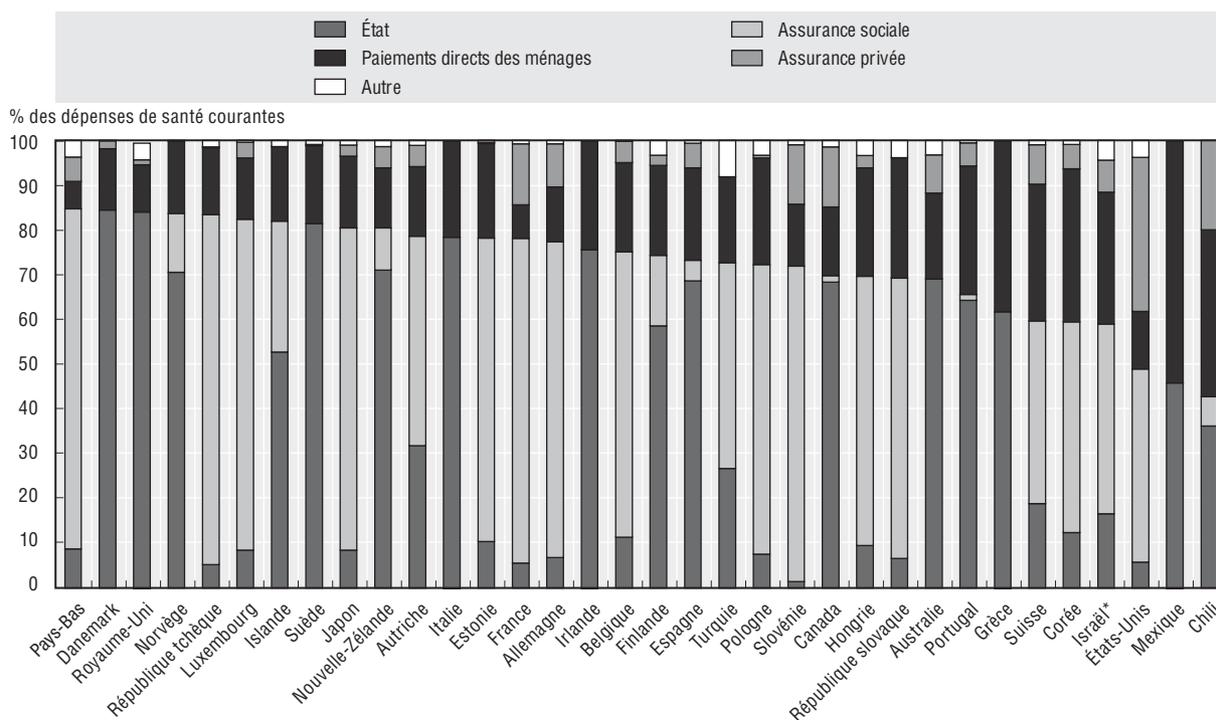
* Chiffres provisoires.

1. Assurances complémentaires des caisses maladie selon la LCA.

Source : Office fédéral de la statistique, tableaux sur le coût et le financement du système de santé accessibles en ligne, site Internet consulté le 5 avril 2011.

Les participations individuelles directes – qui couvrent 31 % des dépenses de santé – constituent une source de financement non négligeable pour le système de santé suisse. La Suisse est l'un des pays de l'OCDE où les participations directes sont les plus élevées proportionnellement aux dépenses totales de santé (graphique 1.8). Par ailleurs, les assurances maladie volontaires privées couvrent 9 % des dépenses de santé, ce qui est un chiffre relativement élevé pour un pays où l'assurance maladie privée ne fait que compléter la couverture de base. Dans cette catégorie, seuls le Canada, la France, la Slovénie et l'Irlande se placent devant la Suisse en termes de part du financement de la santé assumée par les assurances-maladie privées.

Graphique 1.8. **Part des différentes sources de financement dans les dépenses totales de santé, 2009**



* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

L'assurance maladie obligatoire

La LAMal, Loi fédérale sur l'assurance maladie de 1994⁹

En Suisse, la LAMal définit la réglementation relative à l'assurance maladie obligatoire, dans le but de préserver un marché concurrentiel garantissant l'accès à des services de santé de base de qualité, tout en favorisant des conditions de couverture identiques et en maîtrisant les dépenses de santé¹⁰. Cette loi définit les prestations de base que les compagnies d'assurance doivent offrir aux résidents suisses, ainsi que les grandes lignes du mode de fonctionnement des compagnies d'assurances agréées (encadré 1.3).

Encadré 1.3. Principales exigences réglementaires définies par la LAMal auxquelles sont soumis les assureurs

Exigence de but non lucratif et obligation de séparer l'assurance maladie de base des autres activités d'assurance

Les compagnies d'assurance maladie agréées ne doivent pas réaliser de profits grâce à leur offre d'assurance maladie de base. Cette couverture doit être proposée indépendamment de toute autre assurance maladie volontaire (complémentaire) que chaque assureur est libre de proposer à ses assurés.

Péréquation des risques

Un système de péréquation des risques vise à compenser les écarts de coûts entre assureurs résultant des différences entre leurs assurés en termes de profil de risques. On calcule le profil de risques d'un assureur en classant ses assurés en fonction de leur âge et de leur sexe. Les assureurs qui comptent parmi leurs clients un nombre de femmes et de personnes âgées inférieur à la moyenne doivent verser à une Institution commune des fonds qui sont ensuite reversés aux assureurs dont la clientèle comporte un nombre de femmes et de personnes âgées supérieur à la moyenne. L'Institution commune procède, en outre, à des transferts entre cantons afin d'aider à compenser les différences de profils de risques à travers le pays. À l'origine, la loi prévoyait de mettre un terme au système de péréquation des risques après un délai de dix ans, une fois que les structures de risques des assureurs seraient devenues équivalentes. Au lieu de cela, le Parlement a progressivement élargi le cadre du système et il instaurera en 2012 un troisième facteur de péréquation des risques (hospitalisation de plus de trois jours au cours de l'année précédente). Les débats se poursuivent quant à l'opportunité de tenir compte de facteurs de risque supplémentaires à l'avenir.

Libre choix de l'assureur

Les assurés peuvent souscrire une assurance maladie obligatoire auprès d'une autre compagnie agréée de leur canton chaque année, à la fin des mois de juin et de décembre. Ils doivent informer leur assureur de ce changement trois mois avant l'échéance. De même, les assureurs agréés doivent informer leurs clients par écrit de toute modification de montant des primes pour l'année à venir au moins deux mois à l'avance. Lorsque le montant d'une prime change, les assurés peuvent changer d'assureur avec un seul mois de préavis. Un assureur ne peut s'opposer au départ d'un assuré que si ce dernier n'est pas à jour de ses primes. Les assureurs sont en outre tenus d'envoyer à la compagnie d'assurance précédente une attestation indiquant qu'ils couvrent désormais une personne donnée. Les personnes qui ont souscrit un contrat d'assurance particulier ne peuvent changer d'assureur que le 31 décembre et les titulaires d'une assurance avec bonus doivent souscrire une police d'une durée de cinq ans pour obtenir le bonus maximal de 45 % de la prime d'assurance maladie ordinaire.

Tarifification uniforme des primes

Si l'objectif prioritaire de la LAMal est de promouvoir l'uniformité du montant des primes pour tous, la loi autorise certains écarts de prix entre primes. On observe de grandes différences de tarif entre cantons. Ainsi, en 2010, l'écart entre le canton où la prime médiane était la plus élevée et celui où elle était la moins élevée atteignait 75 %. Par ailleurs, les personnes qui sont titulaires d'une assurance accidents obligatoire peuvent demander une réduction du montant de leur prime d'assurance maladie de base. La Confédération autorise les assureurs à appliquer jusqu'à trois niveaux de prime au sein de certains cantons, afin de tenir compte des disparités des coûts de santé à l'intérieur des cantons. Les assureurs peuvent également distinguer trois catégories de primes dont la

Encadré 1.3. Principales exigences réglementaires définies par la LAMal auxquelles sont soumis les assureurs (suite)

progressivité est liée à l'âge : enfants (0-18 ans), jeunes adultes (19-25 ans) et adultes. Enfin, les personnes qui choisissent des formes particulières d'assurance maladie (encadré 2.1) obtiennent des réductions de prime.

Réductions de prime pour les personnes à faibles revenus

Chaque année, la Confédération met à la disposition des cantons un certain montant d'aides affectées aux réductions de prime. Pour recevoir ces aides fédérales, les cantons doivent eux-mêmes acquitter un montant minimum. L'aide fédérale globale est répartie entre les cantons sur la base de la population résidente du canton. Chaque canton établit le montant de l'aide individuelle, les critères d'éligibilité et les procédures. Les cantons sont également tenus de réduire, d'au moins 50 %, les primes d'assurance pour les enfants et les jeunes en formation vivant dans des familles à revenus faibles ou moyens. En 2009, un tiers des personnes résidant en Suisse ont perçu des aides.

Panier de prestations

L'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie indique quelles sont les prestations de santé couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit essentiellement de couvrir les personnes résidant en Suisse en cas de maladie, de grossesse ou d'accident*. En ce qui concerne les services médicaux, la couverture obligatoire porte sur une liste non exclusive de services de diagnostic et de traitements. Les services hospitaliers sont couverts pour le coût des traitements reçus dans une salle commune, la loi mentionnant quelques exceptions. Les produits pharmaceutiques, les médicaments complémentaires et les services non médicaux (physiothérapie, par exemple), sont couverts sur la base d'une liste prédéfinie. Certaines mesures de prévention et de dépistage comme les tests de PAP, tests VIH, coloscopies et vaccinations (y compris la vaccination contre la grippe), sont également couvertes, mais elles le sont généralement sur la base d'une liste positive. Les soins dentaires sont couverts lorsqu'ils concernent une maladie grave. Depuis 2011, les lunettes ne sont plus couvertes, mais cinq thérapies de la médecine douce seront couvertes pendant six ans, période durant laquelle leur efficacité sera évaluée.

Formes d'assurance particulières

Outre l'assurance maladie de base, avec franchise ordinaire, il existe en Suisse trois types d'assurances « spéciales ». Premièrement, les assureurs sont autorisés à proposer un éventail de franchises (franchises à option) grâce auxquelles les assurés peuvent réduire le montant de leur prime s'ils acceptent de payer une franchise plus importante lorsqu'ils commencent à avoir des frais de santé. Deuxièmement, les assurances avec bonus permettent aux assurés qui ne sollicitent aucun remboursement de la part de leur assureur pendant une année d'obtenir une réduction de leur prime l'année suivante. Enfin, les personnes qui acceptent de recourir aux services de certains prestataires désignés dans le cadre d'accords de réseaux de soins intégrés (« managed care ») peuvent également obtenir une réduction du montant de leur prime d'assurance ordinaire. La plupart des assureurs LAMal proposent des assurances ordinaires ainsi que des assurances assorties d'un éventail de franchises.

* L'assurance accidents de la LAMal ne couvre que les personnes qui ne sont pas couvertes par une assurance accidents statutaire comme dans le cas des personnes occupant un emploi.

Source : OFSP (2010) ; LAMal mise à jour 1^{er} janvier 2011 ; Brunner et al. (2007) ; Gilliland et Rossini (1997) ; Colombo (2001).

Les principales dispositions réglementaires liées à l'assurance maladie obligatoire auxquelles sont soumis les patients sont les suivantes :

- L'affiliation à un régime d'assurance maladie de base est *obligatoire* pour toutes les personnes résidant en Suisse. Cette assurance est strictement individuelle et n'est pas financée par l'employeur.
- L'assurance maladie obligatoire couvre les coûts des services et des produits médicaux nécessaires au diagnostic et au traitement des résidents suisses en cas de maladie, de grossesse ou d'accident. Tous les assureurs sont tenus d'offrir cette prestation.
- Les personnes doivent s'assurer auprès d'un *assureur situé dans leur canton*. Elles sont libres de choisir leur prestataire à l'intérieur du canton dans lequel elles sont assurées et, si elles le souhaitent, peuvent se faire soigner en dehors de leur canton en payant la différence entre le montant des remboursements dans leur canton d'origine et les tarifs pratiqués par les établissements situés en dehors de ce canton¹¹.
- Chaque individu peut *choisir librement* son assureur et les assureurs sont tenus d'accepter toutes les personnes résidant dans le canton. Les assurés sont libres de changer d'assureur chaque année, à l'une des deux périodes préalablement définies à cette fin.
- Pour la couverture d'assurance maladie type, un assureur doit faire payer *la même prime* à tous ses assurés dans un canton donné (tarification uniforme). Le montant des primes n'est pas lié aux revenus et les pauvres paient la même chose que les riches.
- Certaines personnes dont les revenus sont faibles peuvent prétendre à une *aide financière* versée par le canton afin de réduire le coût des primes d'assurance. Ces aides sont en partie financées par la Confédération.
- *Les assurés participent au financement* des services par le biais d'un système de franchise et de quote-part (sauf s'ils bénéficient d'une exonération)¹². L'importance de la participation financière de l'assuré n'est pas la même dans le cadre de l'assurance maladie de base et d'autres types de contrats d'assurance.
- En souscrivant certains *types de contrat d'assurance particuliers*, les assurés peuvent bénéficier de réductions du montant de leur prime en échange de restrictions frappant les conditions de la couverture ordinaire. Ces types de contrat particuliers peuvent soit impliquer pour les assurés un risque financier plus grand, soit imposer aux assurés des restrictions quant au choix des prestataires.

La surveillance des différents aspects du système d'assurance maladie obligatoire s'exerce à différents niveaux de gouvernement, la Confédération assumant la responsabilité globale de la mise en œuvre de la LAMal. Les assureurs qui souhaitent proposer une assurance maladie obligatoire doivent déposer une demande d'autorisation auprès du Département fédéral de l'Intérieur et leur structure financière et organisationnelle doit satisfaire à un certain nombre d'exigences. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est responsable de la surveillance de la mise en œuvre de la loi. Les assureurs LAMal doivent soumettre leurs rapports annuels, leurs budgets et leurs rapports financiers à l'OFSP, et lui transmettre, pour approbation, la liste des primes pour l'année suivante. Il incombe également à l'OFSP de contrôler régulièrement la viabilité financière des assureurs LAMal. Si les assurances commerciales comme les assurances à but non lucratif peuvent devenir des assureurs LAMal, jusqu'ici, aucun assureur commercial n'a demandé l'autorisation d'offrir une couverture de base. Un nouveau projet de loi sur les modalités de surveillance et de gouvernance de l'assurance va être présenté au Parlement (chapitre 3). Il revient aux

cantons de vérifier l'affiliation individuelle à l'assurance maladie de base et ceux-ci peuvent contraindre les personnes qui ne l'ont pas fait d'elles-mêmes à s'assurer. Dans ce cas, ces personnes doivent s'affilier à l'assureur choisi par le canton et sont tenues de payer la prime de l'assurance maladie de base.

Autres régimes d'assurance sociale prenant en charge les coûts de santé

Il existe en Suisse, outre le système d'assurance maladie obligatoire, des régimes d'assurance sociale qui peuvent, dans certains cas, aider les résidents à financer leurs dépenses de santé. Il s'agit de l'assurance accidents, de l'assurance invalidité et de l'assurance militaire.

Toutes les personnes salariées qui vivent en Suisse bénéficient d'une assurance contre le risque d'accident et de maladie professionnelle souscrite par leur employeur, en vertu de la Loi fédérale sur l'assurance accidents (LAA)¹³. Les primes sont calculées en fonction du salaire et dépendent du métier exercé. Les prestations sont fournies en espèces et en nature, sous forme de services. Les prestations en espèces comprennent notamment les pensions d'invalidité et de réversion versées à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle. En 2008, l'assurance accidents a couvert 3 % des dépenses totales de santé (OFS, 2008b) (tableau 1.4).

L'assurance accidents obligatoire propose généralement des produits adaptés à des secteurs d'activité donnés, selon les termes prévus par la loi. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) couvre 53 % des travailleurs, principalement dans le secteur secondaire (industrie, artisanat, commerce industriel, etc). Les autres assureurs sont notamment les compagnies privées, les caisses d'assurance maladie et les caisses publiques d'assurance accidents (Ludwig, 2007). Contrairement à bon nombre d'autres caisses d'assurance maladie obligatoire, la SUVA adopte une démarche de gestion intégrée des soins en vertu de laquelle son personnel s'efforce de déterminer et de coordonner les besoins de soins des assurés afin de les aider à réintégrer le marché du travail. Les personnes qui ont souscrit une assurance accidents ont droit à une réduction de la prime LAMal ordinaire fixée par l'assureur.

L'assurance invalidité est proposée dans le cadre juridique de la Loi sur l'assurance invalidité (LAI)¹⁴. Elle est organisée de manière décentralisée, des bureaux établis dans chaque canton administrant conjointement les prestations vieillesse et invalidité (AVS-AI) (Leuenberger et Mauro-Potenza, 2007). Les dépenses d'invalidité sont financées à hauteur de 50 % par la Confédération et les cantons, les 50 % restants étant financés par des cotisations assises sur les salaires. Les prestations couvrent les dépenses de réadaptation (y compris le coût des services médicaux, infirmiers et autres), ainsi que les pensions et les indemnités d'invalidité. Il existe, par ailleurs, des prestations complémentaires. En 2008, les dépenses de santé dans le cadre des AVS-AI ont représenté 3 % des dépenses totales de santé (OFS, 2008b).

Instituée en 1852, l'assurance militaire couvre toutes les personnes employées dans le domaine de la défense et du maintien de la sécurité (Gebel et Stampfli, 2007). Les prestations versées vont de l'indemnité pour perte de revenu aux rentes pour cause d'invalidité, d'accident et de maladie, et de vieillesse. En 2008, les dépenses de santé dans le cadre du régime d'assurance militaire ont représenté 0.1 % des dépenses totales de santé (OFS, 2008b).

L'assurance maladie volontaire

Il existe en Suisse deux grands types d'assurance maladie volontaire : 1) l'assurance indemnités journalières en espèces et 2) l'assurance maladie complémentaire.

L'assurance indemnités journalières en espèces est souvent souscrite par les employeurs pour le compte de leurs salariés afin de couvrir en partie l'obligation pour eux de continuer à verser les salaires en cas de maladie ou d'hospitalisation. Les assureurs peuvent proposer une assurance indemnités journalières en espèces selon le cadre juridique de la LAMal ou de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA)¹⁵.

Les assureurs LAMal¹⁶ et les autres assureurs vie et non-vie peuvent proposer une assurance maladie complémentaire dans le cadre juridique de la LCA. L'assurance maladie complémentaire a pour objet d'offrir de meilleures prestations ou une couverture plus large que celles proposées par l'assurance maladie obligatoire, en couvrant, par exemple, les frais d'hospitalisation en division privée ou semi-privée ou encore les frais de soins dentaires. Les assureurs proposant une assurance complémentaire peuvent adapter le montant des primes au niveau de risque que présentent les assurés, refuser certains clients et résilier un contrat si l'assuré a omis de révéler toutes ses pathologies. L'assurance maladie complémentaire est habituellement souscrite à titre individuel. Depuis 2001¹⁷, il est interdit à l'assurance complémentaire de couvrir les obligations de participation au coût dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Depuis la mise en place de l'assurance maladie obligatoire, le marché de l'assurance maladie complémentaire a diminué. En outre, son évolution est marquée par le recul des assureurs LAMal au profit des assureurs privés.

1.5. L'offre de services de santé

Les cantons sont responsables de l'offre des services de santé dont la population a besoin. La plupart des hôpitaux – lesquels sont les principales entités économiques du système de santé suisse – sont la propriété des cantons et des communes, bien que les hôpitaux spécialisés soient souvent privés. Les médecins qui dispensent des soins ambulatoires et qui ne sont pas salariés par des hôpitaux sont généralement des travailleurs libéraux et exercent dans le cadre de cabinets indépendants. La responsabilité des initiatives de santé publique et des programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé incombe aux cantons et, dans une mesure plus limitée, à la Confédération.

En toute logique, les dépenses de santé étant plus élevées, en Suisse, qu'en moyenne dans la zone de l'OCDE, les ressources allouées à l'offre de services de soins de santé y sont généralement supérieures à la moyenne de l'OCDE. C'est particulièrement le cas des ressources allouées à l'emploi dans le secteur de la santé, notamment pour les infirmiers praticiens, ainsi que pour les lits de soins de longue durée et certains équipements médicaux tels que les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) (tableau 1.5).

Les programmes de santé publique

En Suisse, comme dans d'autres pays de l'OCDE, les dépenses de prévention et de promotion de la santé sont très largement inférieures aux dépenses de soins curatifs. Environ 1.3 milliard de francs suisses (soit 2.3 % des dépenses de santé), sont consacrés à la prévention et à la promotion de la santé, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de

Tableau 1.5. Moyens disponibles dans le système d'offre de soins de santé en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE, 2008

	Personnel de santé (pour 1 000 habitants)			Lits d'hôpitaux (pour 1 000 habitants)					Lits de centres médicalisés de longue durée et de centres de soins (pour 1 000 habitants)	Technologies médicales (pour 1 million d'habitants)	
	Effectifs totaux des secteurs de la santé et de l'aide sociale	Médecins praticiens	Infirmières praticiennes	Total	Soins curatifs	Soins psychiatriques	Soins de longue durée	Autres		Tomodensitomètres	Appareils d'IRM
Australie	52.7	3.0 2007	10.1 2007	3.9 2006	3.5	0.4	..	..	7.9	38.8 2009	5.6
Autriche	43.8	4.6	7.5	7.7	5.6	0.8	0.3	1.0	..	29.9	18.0
Belgique	53.6	3.0	..	6.7	4.3	1.8	0.2	0.4	12.3	13.6 ⁴	10.6 ⁴
Canada	57.5	2.3 ¹	9.2	3.5 2007	2.7	0.3	0.4	0.1	..	12.7 2007	6.7 2007
Chili	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
République tchèque	31.9	3.6	8.1	7.3	5.2	1.1	0.7	0.4	2.7	13.5	5.1
Danemark	94.0	3.4 2007	14.3 2007	3.6	3.0	0.6	..	..	2.3	21.5	15.4 2009
Estonie	..	3.4	6.4	5.7	3.8	0.6	1.1	0.2	5.8	14.9	8.2
Finlande	72.4	2.7	15.5 2007	6.5	1.9	0.8	2.3	1.4	10.1	16.5 2007	16.2
France	38.5 2006	3.3 ¹	7.9 ¹	6.9	3.5	0.9	1.5	1.0	8.4	11.0 ⁴	6.1 ⁴
Allemagne	54.2	3.6	10.7	8.2	5.7	0.5	..	2.1	9.7 2007	16.4 ⁴	8.6 ⁴
Grèce	21.5 2007	6.0 ¹	3.4 ¹	4.8	4.0	0.8	..	..	..	30.7	19.6
Hongrie	24.8	3.1	6.2	7.0	4.1	0.3	1.1	1.5	8.1	7.1	2.8
Islande	81.4	3.7	14.8	5.8 2007	..	..	..	..	7.3	31.3	18.8
Irlande	52.7	3.2 ²	16.2 ¹	5.2 2007	2.7	0.9	1.6	0.1	5.4	15.1	9.4
Israël*	..	3.4	5.0	3.6	2.0	0.6	0.9	0.1	2.3	7.1	1.8
Italie	28.2	4.2 ¹	6.3 ²	3.8	3.0	0.1	0.2	0.4	3.2	31.0 2007	20.0 2007
Japon	46.8	2.2	9.5	13.8	8.1	2.7	2.8	0.1	5.8	97.3	43.1
Corée	17.5	1.9	4.4	7.8	5.4	0.8	1.6	0.0	1.4	36.8	17.6
Luxembourg	53.3 2007	2.8 2007	10.9 2006	5.8	4.5	0.9	..	0.4	6.8 2007	27.6	12.7
Mexique	12.0	2.0	2.4	1.7	1.6	0.0	..	..	..	4.2	1.5
Pays-Bas	83.6	3.7 2007 ²	10.5 2007	4.3	2.9	1.4	0.0	0.0	10.3	10.3	10.4
Nouvelle-Zélande	47.8	2.5	9.7	..	2.2	..	..	..	..	12.4	9.6
Norvège	105.3	4.0	14.0	3.5	2.5	0.9	..	0.1	9.5	..	..
Pologne	22.9 2007	2.2	5.2	6.6	4.4	0.6	0.4	1.2	2.3	10.9	2.9
Portugal	28.7	3.7 ²	5.3 ¹	3.4	2.8	0.6	..	0.0	..	26.0 2007	8.9 2007
République slovaque	28.6	3.0 2007	6.3 ¹	6.6	4.9	0.8	0.7	0.1	5.7	13.7	6.1
Slovénie	..	2.4	7.9	4.8	3.8	0.7	0.0	0.2	..	10.9 2007	3.5 2007
Espagne	28.8	3.6	4.8	3.3	2.6	0.4	0.3	0.0	3.6 2006	15.3 ⁴	9.9 ⁴
Suède	78.2	3.6 2006	10.8 2006	3.0 2005	2.2	0.5	0.3	..	14.7 2007	..	..
Suisse	68.4	3.8	14.9	5.2	3.3	1.0	..	0.9	11.9	32.0	14.0 2006 ⁵
Turquie	7.9	1.5 ¹	1.3 ¹	2.3	2.2	0.1	..	0.0	..	10.2	6.9
Royaume-Uni	60.1	2.6 ³	9.5 ³	3.4 ³	2.7	0.6	..	0.0	8.7	7.4 ³	5.6 ³
États-Unis	59.9	2.4	10.8	3.1 2007	2.7	0.3	0.1	0.1	5.4	34.3 2007	25.9 2007
Moyenne OCDE	48.6	3.2	8.7	5.3	3.4	..	..	..	6.9	21.3	11.3

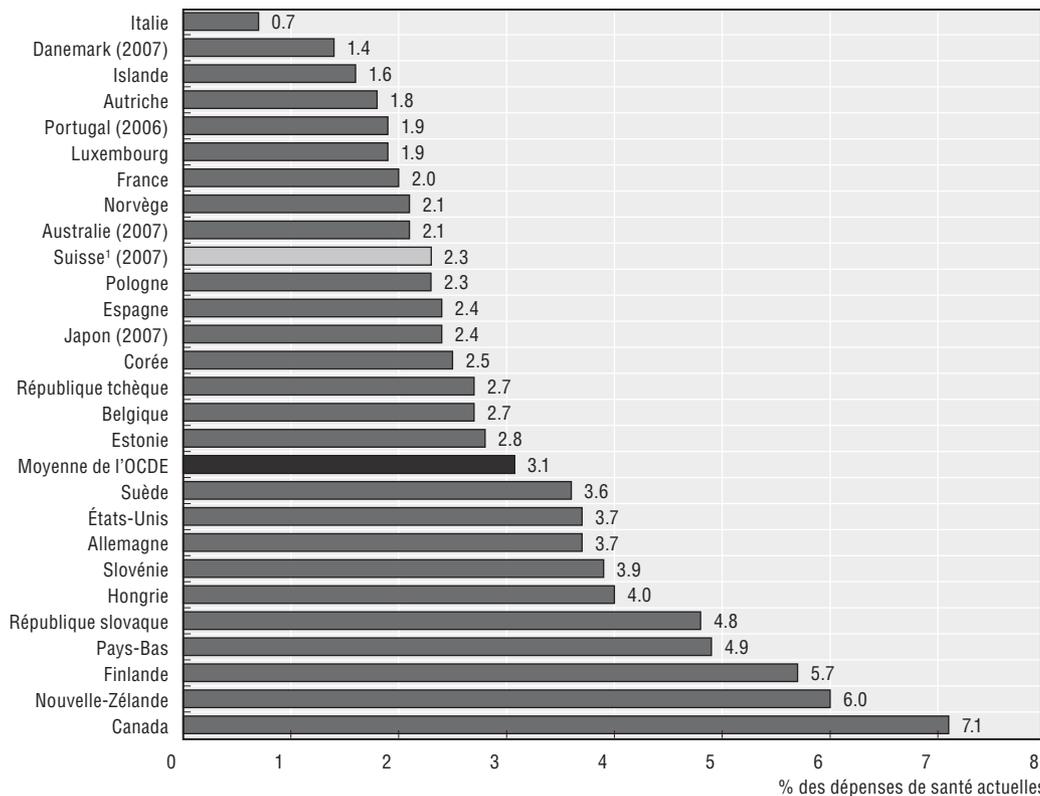
* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Outre les médecins/infirmières qui soignent directement des patients, les données tiennent compte de ceux qui travaillent dans le secteur de la santé en tant que cadres, enseignants, chercheurs, etc.
2. Les données concernent tous les médecins/infirmières autorisés à exercer.
3. Les données ne tiennent pas compte du secteur privé.
4. Les données ne tiennent pas compte des équipements des hôpitaux.
5. Nombre d'hôpitaux utilisant un ou plusieurs appareils d'IRM.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

2.7 % pour l'ensemble des pays de l'OCDE (graphique 1.9) (OCDE, 2010a)¹⁸. Ce montant est financé par les pouvoirs publics, à tous les niveaux, ainsi que par des organisations privées. La plupart des programmes de l'Office fédéral de la santé publique sont orientés vers les activités de prévention primaire dans le domaine du VIH/sida, du tabagisme et de la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues (graphique 1.11).

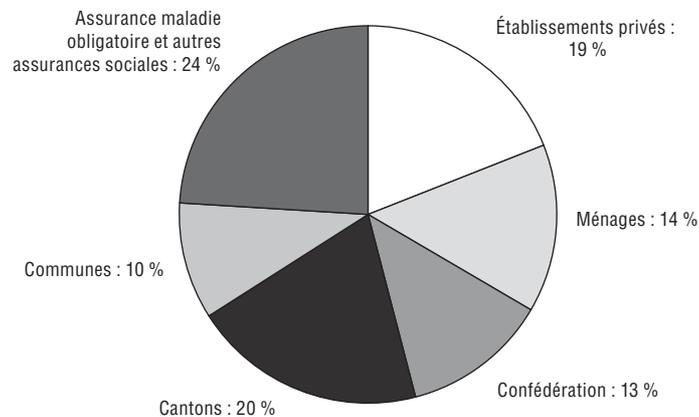
Graphique 1.9. Dépenses de prévention et de promotion de la santé en part des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, 2008



1. La Suisse englobe certaines dépenses au titre des programmes de santé maternelle et infantile dans les soins externes plutôt que dans la prévention et la santé publique.

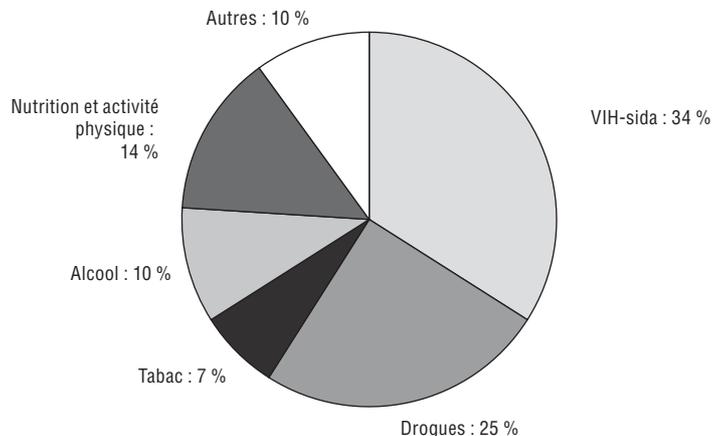
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

Graphique 1.10. Financement des activités de promotion de la santé et de prévention par agent de financement en Suisse, 2009



Source : Autorités suisses.

Graphique 1.11. **Principaux programmes de promotion de la santé et de prévention de l'Office fédéral de la santé publique, par niveau de financement, 2011**



Source : Autorités suisses.

Les problèmes de santé publique ne concernent pas uniquement le secteur de la santé. En effet, les politiques menées dans d'autres secteurs comme l'éducation, le logement, les transports, l'environnement et la fiscalité, peuvent aussi avoir un impact sur l'état de santé et les résultats sanitaires (Allin *et al.*, 2004). La Confédération participe à la politique de santé publique dans des domaines spécifiques définis par la Constitution et par d'autres lois fédérales. Ces domaines incluent la surveillance des maladies transmissibles, la sécurité alimentaire, la protection contre les rayonnements et le contrôle des produits chimiques, les taxes sur les substances créant une dépendance (alcool, tabac), la promotion de la pratique du sport, la promotion de la santé et la prévention, en relation avec la LAMal et l'assurance accidents (OCDE et OMS, 2006). Ces dernières années, la Confédération s'est efforcée de renforcer son rôle dans la prévention et la promotion de la santé en mettant en place des politiques nationales dans des domaines où elle n'avait auparavant qu'une responsabilité limitée, voire nulle. Elle a, par exemple, mis en œuvre des programmes nationaux nouveaux ou révisés portant sur la prévention du sida, du tabagisme, et de la consommation d'alcool et de drogue, ainsi que sur la nutrition et l'activité physique. En outre, les autorités déploient des efforts afin de coordonner la mise en œuvre de mesures concernant le tabac, l'alcool, ainsi que l'alimentation et l'activité physique. Depuis la fin de l'année 2009, le Parlement suisse prépare une nouvelle loi sur la prévention et la promotion de la santé afin de définir de manière plus précise le rôle que doit jouer chaque niveau de gouvernement en vue d'atteindre des objectifs nationaux, d'une part, et de créer un nouvel Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé au niveau fédéral, d'autre part (chapitre 4).

Les cantons sont responsables des activités de prévention primaire comme la mise en œuvre de programmes d'immunisation et d'enquêtes sur la couverture vaccinale¹⁹. La responsabilité de la prévention secondaire et tertiaire est également de leur ressort. Ainsi, bien que les autorités nationales puissent définir les termes de la prise en charge par l'assurance des mesures de prévention, il incombe à chaque canton de mettre en place ses propres programmes dans ce domaine²⁰. Les cantons sont également chargés de mettre en œuvre les mesures de lutte contre les maladies qui sont décidées et coordonnées par les autorités fédérales.

La mise en œuvre des programmes de promotion de la santé est, dans une large mesure, confiée à de nombreuses associations et fondations à but non lucratif. On citera notamment les actions importantes de « Promotion Santé Suisse », de « Radix » et de l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé²¹ (encadré 1.4).

Encadré 1.4. **Quelques institutions menant des activités de prévention et de promotion de la santé en Suisse**

Promotion Santé Suisse

Promotion Santé Suisse est une fondation créée en 1989 par les cantons et les assureurs. En 1998, la LAMal a fourni la base juridique permettant à cet organisme de mener des activités de promotion de la santé sous le contrôle du gouvernement fédéral. Les trois principaux programmes de cette institution portent sur la prévention des problèmes de surpoids, la santé mentale et le stress, et le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. Promotion Santé Suisse soutient également des projets qui sont élaborés et mis en œuvre en coopération avec les cantons et les communes. Les activités de la fondation sont financées par une cotisation annuelle de toutes les personnes assurées auprès d'une caisse d'assurance maladie obligatoire. Cette cotisation génère un budget total annuel d'environ 17 millions CHF. Les cotisations sont collectées par les assureurs LAMal via la prime d'assurance.

Association des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS)

L'objectif de cette association est d'améliorer la coordination entre les différents cantons d'une part, et entre les cantons et les autorités fédérales d'autre part, pour tout ce qui touche à la promotion de la santé. L'association est composée de quatre groupes régionaux : Suisse latine, Nord-Ouest de la Suisse, Suisse orientale et Suisse centrale, qui s'efforcent de coordonner les actions de promotion de la santé dans leur région.

Radix

Radix est une fondation spécialisée dans les activités de promotion de la santé pour les communes, écoles et entreprises. Son objectif est d'encourager les communes et les cantons à accorder à la promotion de la santé une place importante. Elle fournit des services aux communes, aux écoles et aux entreprises ; son budget annuel, de l'ordre de 3.5 millions CHF, est dans une large mesure financé par des subventions et des dons fédéraux et cantonaux.

Les soins ambulatoires

Le secteur ambulatoire prodigue des soins médicaux généraux, effectue des diagnostics, dispense des soins obstétricaux, des soins périnataux et des soins aux enfants, s'occupe de planning familial, de petite chirurgie, de réadaptation, dispense des soins dentaires et des soins à domicile. Les services ambulatoires sont, dans une large mesure, assurés par des médecins indépendants travaillant seuls mais ils le sont également par les unités ambulatoires des hôpitaux publics et privés et par des organisations de soins de santé intégrés. Dans l'ensemble, les professionnels de la santé tels que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les orthophonistes et les diététiciens exercent également leurs activités en tant que libres praticiens.

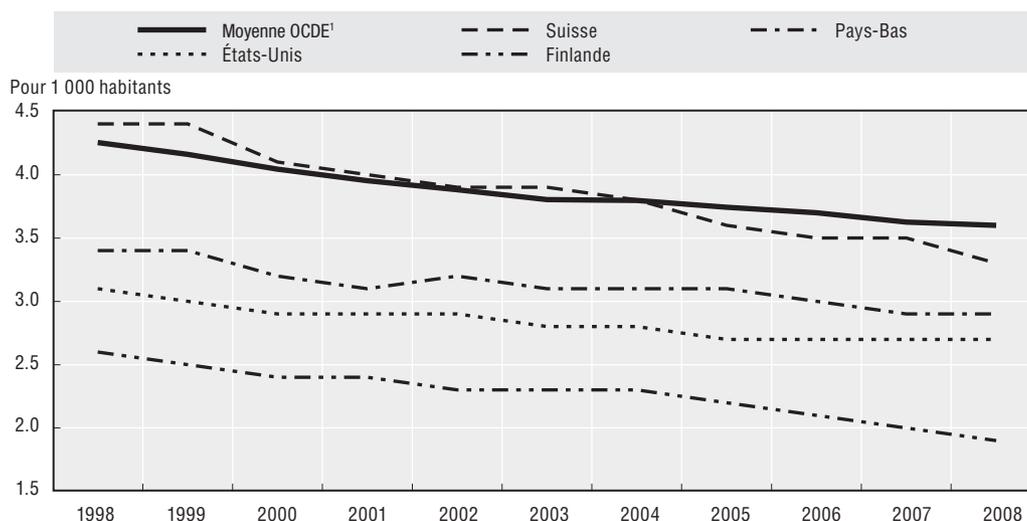
Pour ce qui relève du secteur ambulatoire, les citoyens suisses sont libres de choisir leur médecin traitant et l'accès aux généralistes comme aux spécialistes est illimité. Bien qu'aucun système de filtrage n'ait été mis en place, la plupart des personnes semblent avoir un médecin habituel ou médecin de famille. Certains patients sont titulaires de

polices d'assurances particulières grâce auxquelles ils bénéficient de réductions de primes en s'engageant à respecter un dispositif de soins intégrés dans le cadre duquel un médecin référent décide des services de santé vers lesquels le patient peut se tourner. Ces médecins référents appartiennent généralement à une organisation de soins de santé intégrés (HMO), à un système de médecin de famille référent, à des associations de libres praticiens (IPA) ou à des organismes dispensateurs de services à tarif préférentiel (PPO).

Les hôpitaux

Avec 3.3 lits de soins aigus pour 1 000 habitants, la Suisse se situe juste en dessous de la moyenne de l'OCDE, qui est de 3.4 lits (graphique 1.12). Comme dans les autres pays de l'OCDE, on constate une tendance à la baisse du nombre de lits par habitant depuis une vingtaine d'années. Ce phénomène peut s'expliquer par une rationalisation du fonctionnement des hôpitaux dans certains cantons, ainsi que par la réduction de la durée moyenne de séjour (chapitre 4).

Graphique 1.12. Nombre de lits de soins aigus en Suisse et dans quelques pays de l'OCDE, 1998-2008



1. Moyenne OCDE non pondérée. Elle exclut le Chili, l'Islande, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

On observe de grandes différences entre les hôpitaux, tant du point de vue du statut que de celui des services proposés. Les hôpitaux publics sont la propriété des cantons, des communes ou de fondations, et ce sont généralement ces instances qui les dirigent. Les hôpitaux privés peuvent être des institutions à but lucratif ou non lucratif. La plupart des services d'urgence sont assurés par les hôpitaux publics. Les hôpitaux spécialisés en réadaptation et en soins psychiatriques viennent compléter l'offre de services des hôpitaux généraux. Les traitements médicaux hautement spécialisés et de haute technologie sont administrés par plusieurs établissements dont les cinq hôpitaux universitaires (Zurich, Berne, Bâle, Lausanne et Genève) et quelques grands hôpitaux cantonaux. Les établissements privés, qui représentent environ un cinquième du nombre total de lits d'hôpitaux, effectuent généralement les interventions chirurgicales simples et non urgentes, ainsi que les soins de jour. Cependant, quelques institutions privées proposent également des soins hautement spécialisés (Saladin *et al.*, 2007).

Si la Confédération a récemment défini des critères à respecter en matière de planification hospitalière, cette dernière demeure du ressort des cantons. Les modalités d'élaboration des plans cantonaux varient considérablement. Dans chaque canton, tous les hôpitaux publics et certains hôpitaux privés sont inclus dans le processus de planification.

Tableau 1.6. **Hôpitaux publics et privés en Suisse, 2009**

	Nombre d'hôpitaux					
	Privés		Publics ou subventionnés		Total	
	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio	Nombre	Ratio
Zurich (ZH)	16	1.2	32	2.4	48	3.6
Berne (BE)	15	1.5	18	1.9	33	3.4
Lucerne (LU)	4	1.1	3	0.8	7	1.9
Uri (UR)			1	2.8	1	2.8
Schwytz (SZ)	1	0.7	3	2.1	4	2.8
Obwald (OW)			1	2.9	1	2.9
Nidwald (NW)			1	2.5	1	2.5
Glaris (GL)			1	2.6	1	2.6
Zoug (ZG)	2	1.8	3	2.7	5	4.5
Fribourg (FR)	2	0.7	7	2.6	9	3.3
Soleure (SO)	2	0.8	2	0.8	4	1.6
Bâle-Ville (BS)	3	1.6	10	5.3	13	6.9
Bâle-Campagne (BL)	7	2.6	6	2.2	13	4.8
Schaffhouse (SH)	1	1.3	2	2.6	3	4.0
Appenzell Rhodes-Extérieures (AR)	5	9.4	3	5.7	8	15.1
Appenzell Rhodes-Intérieures (AI)	1	6.4	1	6.4	2	12.8
St-Gall (SG)	4	0.8	10	2.1	14	3.0
Grisons (GR)	6	3.1	12	6.3	18	9.4
Argovie (AG)	11	1.8	10	1.7	21	3.5
Thurgovie (TG)	11	4.5	3	1.2	14	5.8
Tessin (TI)	12	3.6	8	2.4	20	6.0
Vaud (VD)	11	1.6	22	3.2	33	4.7
Valais (VS)	2	0.7	11	3.6	13	4.3
Neuchâtel (NE)	2	1.2	7	4.1	9	5.3
Genève (GE)	9	2.0	6	1.3	15	3.3
Jura (JU)	1	1.4	3	4.3	4	5.7
Suisse	128	1.7	186	2.4	314	4.1

Note : Le ratio indique le nombre d'hôpitaux pour 100 000 personnes.

Source : Office fédéral de la statistique, données chiffrées relatives aux hôpitaux.

Les soins de longue durée

Les soins de longue durée relèvent de la responsabilité des cantons, mais ces derniers peuvent déléguer l'organisation et l'offre de ces soins aux communes. Les soins professionnels sont prodigués dans des établissements médico-sociaux, au sein d'établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées, ou au domicile des bénéficiaires des soins (par l'organisme Spitex). Les soignants non professionnels qui aident les malades à mener leur vie au quotidien jouent également un rôle important et représentent 10.8 % de la population (OCDE, 2011a). On estime qu'en 2009, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans recevant des soins de longue durée s'élevait à près de 19 % (soit environ 243 000 personnes âgées). Parmi ces personnes, 12.5 % recevaient des soins à domicile et 6.3 % recevaient des soins de longue durée au sein d'une institution ou d'un établissement médical (Éco-Santé, OCDE 2011).

Le coût global (public et privé) des soins médicaux et non médicaux de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie est estimé à environ 2.1 % du PIB, dont 1.8 % pour les soins en établissement et 0.3 % pour les soins à domicile. La Suisse se situe donc au-dessus de la moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE, laquelle s'élève à 1.5 %. Il semble que cette situation soit notamment due à la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans dans la population totale, qui est plus élevée en Suisse que dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2011a).

Les deux tiers des établissements médico-sociaux et des autres institutions où des soins sont prodigués sont des établissements privés ou des institutions à but non lucratif, tandis que le dernier tiers est composé d'institutions privées à but lucratif (OCDE, 2011a). Les cantons subventionnent généralement la construction et l'exploitation des établissements médico-sociaux et pour personnes âgées publics, et font de même pour un certain nombre d'établissements privés. La capacité d'accueil totale est de près de 89 000 lits, avec des taux d'occupation allant de 95 à 97 % en 2005 (OFS, 2011 ; Mosle, 2005). La majorité des résidents des centres médicalisés sont âgés de 80 ans et plus. On recense 72 lits d'institutions pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, un taux qui fait partie des plus élevés parmi les pays de l'OCDE (OCDE, 2010a). Si l'offre de services de soins de longue durée a tendance à diminuer dans les hôpitaux généraux, certaines personnes âgées nécessitant des soins infirmiers sont néanmoins admises dans ces établissements en raison des listes d'attente à l'entrée des centres médicalisés de long séjour.

D'après les autorités suisses en charge des comptes de la santé, environ 40 % des soins de longue durée sont financés directement par l'assurance maladie, les cantons et les communes, les 60 % restants étant financés par les ménages. Cependant, la part des coûts que les ménages doivent assumer est allégée de manière significative par les prestations sociales telles que les indemnités d'invalidité ou les prestations complémentaires pour les personnes âgées (qui couvrent environ 24 % des dépenses totales). On estime donc qu'après versement des diverses prestations, les ménages assument environ 36 % des dépenses totales de soins de longue durée. La LAMal couvre les frais médicaux et participe au paiement des soins prodigués dans les centres médicalisés (aide à la vie quotidienne) ou reçus à domicile.

Le nouveau système de financement des soins de longue durée décrit ci-dessus a été mis en place en 2011 et concerne les soins reçus à domicile, ainsi que les soins prodigués dans des établissements médicaux et médicalisés. En vertu de ces nouvelles dispositions, les autorités vont élaborer une grille tarifaire nationale pour les différents niveaux de services de soins infirmiers et de soins de base prescrits aux personnes âgées, ces services étant couverts par l'assurance maladie obligatoire. En outre, le nouveau système prévoit que l'assurance maladie obligatoire contribue au financement des soins transitionnels prodigués aux personnes âgées pendant une période pouvant aller jusqu'à deux semaines après une hospitalisation, lorsque ces soins sont prescrits par un médecin. Le coût du séjour et celui des autres services sociaux (non médicaux) continueront d'être couverts par l'assurance sociale ou par les patients, et seront limités à un plafond de 20 % d'une participation maximale fixée par le Conseil fédéral.

Les besoins en services de santé de la population devenant une préoccupation majeure, on s'intéresse de plus en plus aux soins prodigués à domicile. Spitex est le sigle suisse allemand qui désigne les services de soins prodigués en dehors de l'hôpital. L'offre de soins à domicile est gérée à l'échelle locale ou cantonale, essentiellement (93 %) par des

organisations privées à but non lucratif. Spitex offre un large éventail de prestations relativement globales : 44 % sont considérées comme des soins de longue durée et 56 % correspondent à des aides ménagères et familiales. Environ la moitié du coût est financée sur fonds publics.

Le personnel de santé

Le secteur de la santé est une source d'emplois importante. On estime qu'environ 542 000 personnes (soit 13.5 % de la population active) travaillent dans ce secteur. Les hôpitaux sont les premiers employeurs du secteur (163 000 emplois), suivis par les centres médicalisés (155 000 emplois) et le secteur ambulatoire (100 000 emplois) (OFS, 2010b). L'industrie pharmaceutique et les fabricants d'équipement médical emploient 61 000 personnes. En Suisse, le secteur de la santé reste dynamique et l'on a observé des fluctuations de l'emploi au fil des années. L'emploi dans ce secteur a progressé de 2.6 % entre 2001 et 2008 (en tenant compte de la progression de 4.4 % dans l'industrie pharmaceutique et dans le secteur de la fabrication d'équipement médical), alors qu'à l'échelle nationale, l'emploi n'a progressé que de 1.2 % en moyenne sur la même période (OFS, 2008a). On observe en outre qu'en Suisse, la densité de professionnels de la santé n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. Ainsi, le nombre de médecins praticiens pour 1 000 habitants est passé de 2.4 à 3.9 entre 1980 et 2008.

Le personnel infirmier est la catégorie la plus représentée au sein du personnel de santé. On estime que 79 000 infirmiers ou infirmières professionnels exercent leur métier en Suisse (OFS, 2011). Parmi ceux qui travaillent au sein d'institutions, la plupart sont employés par des hôpitaux (64 %), viennent ensuite ceux qui travaillent dans des centres de soins de longue durée (25 %), puis dans des établissements médico-sociaux (11 %) (OFS, 2006, sur la base de renseignements fournis par l'Institut de sciences infirmières de l'Université de Bâle). Les médecins praticiens sont quant à eux près de 30 000 au total (OFS, 2011). La majorité d'entre eux (53.1 %) travaille dans le secteur ambulatoire, bien que le secteur hospitalier soit également attractif, avec 45.3 % des médecins praticiens. Seuls 1.6 % des médecins travaillent en dehors de ces deux secteurs (Kraft, 2011). Dans le secteur ambulatoire, les praticiens indépendants sont libres de choisir leur spécialisation ainsi que le lieu où ils s'établissent. Cependant, un gel des autorisations d'ouverture de nouveaux cabinets médicaux pour des praticiens indépendants exerçant dans le cadre de la LAMal a été décidé en 2002, puis prolongé jusqu'à la fin de l'année 2011.

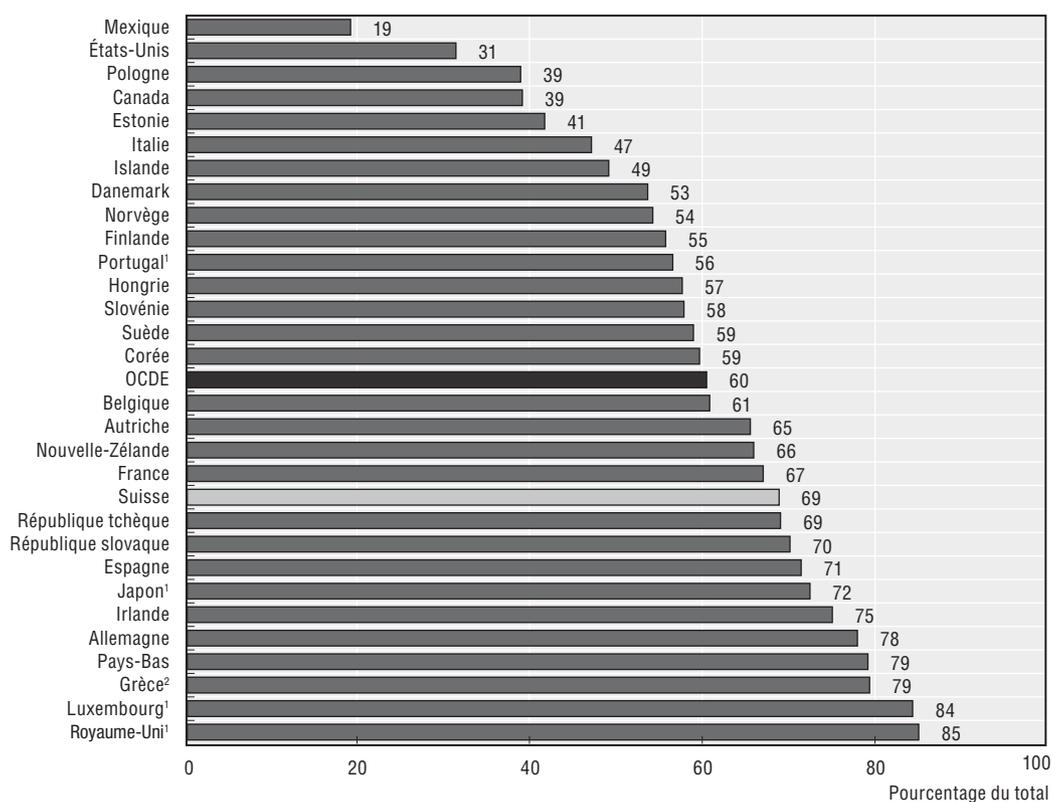
Un grand nombre de personnes exerçant des professions paramédicales et travaillant aux côtés des médecins et des infirmières constituent une autre catégorie non négligeable de personnel de santé. Parmi ces professionnels figurent notamment les techniciens anesthésistes, les diététiciens, les techniciens d'urgence médicale, les physiothérapeutes, les assistantes médicales, les techniciens de laboratoire, les techniciens d'imagerie médicale et les techniciens en chirurgie.

En Suisse, les professionnels de la santé immigrés représentent une part importante de l'ensemble du personnel de santé et leur nombre est supérieur à la moyenne dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2007). La plupart des professionnels de la santé immigrés sont originaires des pays voisins, principalement l'Allemagne en ce qui concerne les médecins (Jaccard-Ruedin et Widmer, 2010 et chapitre 3).

Les produits pharmaceutiques

En 2009, la population suisse a dépensé 499 USD en PPA par habitant en produits pharmaceutiques, ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE qui s'élève à 410 USD en PPA par habitant (OCDE, 2011). Les médicaments administrés à des patients *externes* ont représenté 10.3 % des dépenses totales de santé en 2008, un pourcentage sensiblement inférieur à la moyenne de l'OCDE, qui dépasse 17 %. Plus des deux tiers des dépenses de produits pharmaceutiques sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par les autres assurances sociales, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE, qui est de 60 % (OCDE, 2011c) (graphique 1.13).

Graphique 1.13. **Part des dépenses au titre des produits pharmaceutiques pour les patients externes payée par l'État ou les assureurs sociaux dans les pays de l'OCDE, 2009**



Note : Les dépenses concernent les produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables.

1. 2007.

2. 2006.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

L'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic, créé le 1^{er} janvier 2002, est responsable de l'enregistrement et de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux. Swissmedic évalue ces produits et certifie que les médicaments et les appareils médicaux mis sur le marché suisse sont de grande qualité, sûrs et efficaces. L'évaluation des produits dure en moyenne six à huit mois ; il existe cependant une procédure accélérée (trois à cinq mois) pour les traitements de pathologies mettant en jeu le pronostic vital, les affections pour lesquelles on ne

dispose d'aucun traitement satisfaisant et les médicaments présentant un grand intérêt thérapeutique. On procède à une nouvelle évaluation cinq ans après l'entrée du médicament sur le marché suisse. Une fois l'autorisation de mise sur le marché accordée, le fabricant peut demander à l'Office fédéral de la santé publique d'inscrire le médicament sur la liste des produits remboursés ; cet Office décide si un médicament satisfait aux conditions requises pour le remboursement et fixe le prix maximum de remboursement.

La grande majorité des produits pharmaceutiques vendus en Suisse sont des produits de marque délivrés, pour la plupart, sur ordonnance. En 2010, les médicaments vendus uniquement sur prescription médicale ont représenté 85 % du chiffre d'affaires global du marché pharmaceutique national (Interpharma, 2010). Les ventes de génériques ont sensiblement augmenté au cours de ces dernières années du fait de la mise en place d'un système de participation différenciée aux coûts pour ces médicaments. Les génériques représentent donc aujourd'hui 11.5 % du marché des médicaments remboursés par les assurances.

Les pharmacies vendent environ 52 % des médicaments consommés en Suisse (en termes de valeur au prix fabricant). Viennent ensuite les médecins propharmaciens (25 % du marché), suivis des hôpitaux (21 %) et des drogueries (2 %) (Interpharma, 2010). Seuls les médecins indépendants ayant une licence spéciale accordée par les cantons sont autorisés à délivrer des médicaments. Il s'agit théoriquement de médecins exerçant en milieu rural ou dans des cantons où l'on trouve relativement peu de pharmacies. Cette pratique existe dans 13 cantons. Les médecins propharmaciens représentent environ un quart de l'ensemble des praticiens indépendants (Hänggeli et al., 2007). Depuis une dizaine d'années, le nombre d'officines augmente, alors que celui des drogueries et des médecins propharmaciens régresse (Interpharma, 2010).

1.6. Paiement des prestataires, remboursement et accords tarifaires

En 2008, la Suisse a consacré 46 % de ses dépenses totales de santé aux soins de patients hospitalisés, 29 % aux soins de patients externes et 10 % aux produits pharmaceutiques délivrés à des patients externes. Par rapport à la moyenne de l'OCDE, la part des soins aux patients hospitalisés est bien supérieure, tandis que celle des médicaments est inférieure (tableau 1.7). La part relative des dépenses par type de soins est restée stable dans le temps.

Les prestataires de soins de santé suisses sont rémunérés par les assureurs, par les autorités cantonales et directement par les patients. À l'heure actuelle, les services de soins ambulatoires sont généralement payés sur la base d'une rémunération à l'acte, tandis que pour les services hospitaliers, une réforme actuellement en cours vise à uniformiser des modalités de paiement qui varient d'un canton à l'autre pour mettre au point un système de financement national cohérent fondé sur la nature des pathologies traitées.

Selon la loi, les factures des prestataires doivent être établies sur la base de tarifs conventionnés convenus entre les assureurs et les prestataires, ou fixés par les autorités²². Pour les prestations couvertes par la LAMal, les assureurs sont tenus de rembourser les prestations effectuées par tous les prestataires autorisés à exercer dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Les assureurs LAMal et les autres assureurs sociaux (LAA, AI, AM) négocient avec les prestataires indépendamment les uns des autres. Pour les services non remboursés par les assureurs sociaux, les tarifs sont établis sur la base du prix du marché.

Tableau 1.7. Répartition des dépenses de santé par catégorie dans les pays de l'OCDE, 2008

	Pourcentage des dépenses totales de santé				Biens médicaux	
	Patients hospitalisés	Patients externes	Soins à domicile	Services auxiliaires	Total pour les patients externes	Dont produits pharmaceutiques et autres produits médicaux non durables
Australie (2007)	35.4	31.4	0.0	5.7	17.4	14.3
Autriche	40.0	22.9	6.4	3.0	17.1	13.3
Belgique	38.1	20.0	7.9	2.3	16.2	15.1
Canada	27.3	25.4	2.2	6.0	19.8	17.2
République tchèque	32.1	25.7	0.8	5.5	24.0	20.4
Danemark	36.4	26.9	12.7	4.5	12.7	8.6
Estonie	33.0	22.1	0.4	9.7	23.8	20.7
Finlande	35.0	29.5	1.7	3.0	17.0	14.4
France	37.3	17.1	2.8	5.0	20.8	16.4
Allemagne	34.1	22.2	6.0	4.5	19.8	15.1
Hongrie	29.6	20.4	0.3	4.4	35.5	31.6
Islande	45.4	25.4	1.0	2.3	16.0	13.9
Israël (2006)*	35.0	46.0	n.d.	n.d.	14.3	n.d.
Italie	45.6	30.6	n.d.	n.d.	18.4	18.4
Japon (2007)	38.3	32.1	0.5	0.7	21.2	20.1
Corée	29.4	32.9	0.3	0.2	25.7	23.9
Luxembourg	38.1	27.7	5.0	5.3	11.3	9.1
Mexique	15.2	37.4	0.4	0.7	28.5	28.3
Nouvelle-Zélande	31.7	26.0	10.4	4.7	10.9	9.6
Norvège	42.4	18.3	9.5	6.1	11.7	7.6
Pologne	32.0	19.5	5.8	5.5	25.1	22.6
Portugal (2006)	20.8	33.8	2.5	8.2	23.6	21.8
République slovaque	20.8	23.0	0.7	7.1	35.1	27.6
Slovénie	33.7	24.2	2.4	2.9	21.8	18.7
Espagne	28.2	29.5	2.9	5.1	22.7	20.5
Suède	29.2	33.3	4.0	4.6	16.0	13.2
Suisse (2007)¹	45.6	29.3	2.2	3.3	12.2	10.3
États-Unis	24.5	44.2	2.8	n.d.	13.1	11.9
Moyenne OCDE²	33.4	27.7	3.5	4.4	19.7	17.2

n.d. : non disponible.

* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Il se peut que la Suisse surestime ses dépenses au titre des soins de longue durée qui sont une composante importante des dépenses de santé des patients hospitalisés (DSPH). Les données sur les DSPH englobent également les investissements, que d'autres pays de l'OCDE enregistrent séparément. Il se peut qu'en Suisse ces facteurs gonflent la part globale des dépenses de santé des patients hospitalisés par rapport à d'autres pays de l'OCDE.
2. La moyenne de l'OCDE ne prend pas en compte l'Italie et Israël pour les soins à domicile, l'Italie, les États-Unis et Israël pour les services auxiliaires, Israël pour les produits pharmaceutiques et les autres produits médicaux non durables.

Le Chili, la Grèce, l'Irlande, les Pays-Bas, la Turquie et le Royaume-Uni ne sont pas inclus dans ce tableau car les données pour ces pays sont soit indisponibles, soit insuffisantes.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

Mécanismes de paiement, niveaux de prix et de tarifs

Les soins ambulatoires

Les généralistes et les spécialistes qui dispensent des soins ambulatoires, dans le cadre d'un cabinet indépendant ou au sein d'une unité de soins ambulatoires en milieu hospitalier, sont rémunérés à l'acte. Ce mode de rémunération est aussi le plus courant pour les autres professionnels de la santé travaillant en tant que libres praticiens (comme les infirmiers/ères, les dentistes, les sages-femmes et les physiothérapeutes). La

rémunération de la majorité des pharmaciens est également basée sur les prestations et non plus, comme dans le système antérieur, sur la marge réalisée sur le prix de vente des médicaments délivrés²³. Les patients paient généralement les prestataires directement, ils sont ensuite remboursés par les assureurs. Toutefois, pour les médicaments, les patients paient le service du pharmacien ainsi que le montant de la participation obligatoire aux coûts, le solde étant versé directement par l'assureur.

La plupart des médecins et des professionnels de santé qui travaillent en milieu hospitalier sont salariés. Les médecins qui traitent des patients ayant choisi une police d'assurance spéciale comportant un choix limité de prestataires sont rémunérés différemment, en fonction du type de réseau de soins intégrés concerné.

Dans le cadre des régimes d'assurance sociale, il existe une grille tarifaire valable au niveau national qui attribue aux services que peuvent fournir toutes les professions médicales et paramédicales un poids relatif en fonction des moyens mis en œuvre. Ces pondérations ont fait l'objet de négociations entre les associations professionnelles concernées²⁴ et les assureurs (maladie, accidents, militaire et invalidité), un certain nombre de « points » étant attribué à chaque service (Observatoire européen des systèmes de santé, 2000). Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2004, les honoraires médicaux sont établis sur la base d'un système tarifaire unifié (TARMED), qui indique le nombre de points de chaque type de traitement médical, en fonction des moyens que celui-ci est susceptible de mobiliser. Cela permet ensuite de fixer les tarifs des services ambulatoires assurés par les médecins libéraux et dans les hôpitaux. Le nombre de points attribué à chaque type de service est également fixé à l'échelle nationale pour ce qui relève de l'assurance accident, militaire et invalidité. Pour les assureurs LAMal, il existe des accords nationaux précisant le nombre de points des prestations des dentistes et des diététiciens. Cependant, en ce qui concerne les honoraires médicaux, la valeur attribuée aux points fait l'objet de négociations entre les associations cantonales d'assureurs et de prestataires, elle peut donc refléter les écarts de salaires et de prix des services médicaux d'un canton à l'autre. Des accords cantonaux analogues existent pour les chiropracteurs, les ergothérapeutes, les infirmières et les physiothérapeutes.

En dehors du cadre de l'assurance maladie obligatoire, les prestataires fixent leurs tarifs librement, bien qu'ils s'appuient généralement sur le système de points convenu à l'échelle nationale. Entrent dans ce cas de figure les prestations non couvertes par la LAMal, les médecins qui ont explicitement refusé de participer au système LAMal (et dont les prestations ne sont donc pas remboursées par les assureurs LAMal), ou ceux qui ne peuvent facturer leurs services aux assureurs LAMal en raison du gel de l'ouverture de nouveaux cabinets.

Hôpitaux et centres médicalisés de long séjour

La rémunération par cas est en passe de devenir le mécanisme de paiement le plus courant dans les hôpitaux. En effet, depuis 2009, les établissements hospitaliers ont entamé une transition en vue d'adopter un nouveau système de rémunération qui prévoit un paiement par groupes homogènes de malades (DRG). Ce nouveau système devra être mis en place d'ici à 2012. Une grille de valeurs relatives par DRG a été élaborée à partir de données concernant 40 hôpitaux (qui représentent 60 % de l'activité hospitalière). Les taux correspondant à ces valeurs pour chaque canton feront l'objet de négociations entre les hôpitaux et les assureurs dans chaque canton, puis devront être approuvés par les autorités cantonales. Les coûts d'investissement sont inclus dans la tarification par DRG, mais les coûts qu'entraînent d'autres activités, comme la recherche ou la formation au niveau universitaire, ne le sont pas.

Les cantons assumeront au moins 55 % de la rémunération par cas pour chaque patient hospitalisé, tandis que les assurances couvriront le reste des frais. Les prestations qui ne sont pas couvertes par les assureurs sociaux, notamment les coûts additionnels associés à des conditions d'hébergement supérieures ou à des services visant à améliorer le confort du patient, sont réglées directement par ce dernier ou par l'assurance maladie complémentaire. Le coût des médicaments utilisés dans le cadre d'hospitalisations est compris dans le tarif, ainsi que le coût des services de diagnostic et thérapeutiques, sauf si les parties à la négociation en décident autrement. On estime qu'une fois le nouveau système intégralement mis en place, 100 % des prestations reçues par les patients hospitalisés seront payées grâce au système de rémunération par DRG.

L'assurance maladie obligatoire contribue au paiement des frais médicaux encourus lors de séjours en centres médicalisés de long séjour, mais pas aux autres frais, notamment ceux liés à l'hébergement et aux activités de loisir. Les assureurs peuvent s'entendre avec les centres médicalisés afin de procéder à une rémunération par cas, en s'appuyant sur la grille tarifaire nationale en vigueur depuis 2011. Comme elles le font pour les hôpitaux, les autorités cantonales subventionnent les centres médicalisés publics, ainsi que certains centres privés.

Les produits pharmaceutiques

L'Office fédéral de la santé publique est responsable du remboursement et de la fixation des prix des médicaments dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Cette dernière ne rembourse que les produits pharmaceutiques inscrits par l'OFSP sur une liste positive de médicaments (dite « liste des spécialités »). Pour chaque produit pharmaceutique, cette liste indique deux prix différents : le prix public, qui correspond au montant remboursé par la LAMal (avant déduction de la participation aux coûts), lequel inclut une TVA de 2.5 %, et le prix de vente du fabricant. En 2011, la liste des spécialités comprenait environ 2 600 médicaments correspondant à 8 600 variantes²⁵. Le prix des médicaments non remboursés est fixé librement, bien que l'Autorité de surveillance des prix soit chargée de garantir des prix « raisonnables ».

L'OFSP étudie si un médicament peut être remboursé et fixe son prix de remboursement maximum, après avis de la Commission fédérale des médicaments. Cette commission examine l'efficacité, la pertinence et le rapport coût-efficacité du médicament avant de conseiller l'OFSP. Elle est composée de représentants des compagnies d'assurance maladie, de l'industrie pharmaceutique, des professionnels de santé, de l'Autorité de surveillance des prix, de Swissmedic, ainsi que de représentants des assurés. Ses décisions sont guidées par des comparaisons de prix avec d'autres médicaments équivalents au plan thérapeutique mais aussi par l'étude des prix de vente des fabricants dans un certain nombre de pays de référence (Allemagne, Autriche, Danemark, France, Pays-Bas et Royaume-Uni). Lorsque le médicament n'est pas encore en vente dans ces pays (la Suisse est souvent le premier marché de lancement), la décision quant au prix remboursé s'appuie sur une comparaison avec les prix d'autres médicaments équivalents au plan thérapeutique. En Suisse comme en France, lorsqu'un nouveau médicament fait l'objet d'un examen en vue d'être inscrit sur la liste des spécialités, on tient compte du degré d'innovation de ce médicament dans le calcul de son prix. Une « prime d'innovation », qui représente environ 10 à 20 % du prix des produits thérapeutiques comparables déjà sur le marché, peut être accordée à des produits qui sont les premiers ou les seconds d'une nouvelle classe de médicaments. Par ailleurs, une prime d'innovation peut être accordée à des produits ayant une certaine valeur ajoutée thérapeutique.

Les prix fixés par l'OFSP sont revus périodiquement. Ces examens ont lieu lorsque les médicaments sont inscrits sur la liste des spécialités, puis tous les trois ans. Les prix sont alors alignés sur la moyenne des prix pratiqués dans les pays de référence. Lors de leur entrée sur le marché suisse, les génériques doivent coûter 10 à 60 % moins cher que les médicaments originaux (de marque), en fonction de la taille du marché (chapitre 5).

Une fois qu'un médicament est inscrit sur la liste des spécialités, les assureurs remboursent le prix de ce médicament, après déduction du montant correspondant à la participation aux coûts (franchises et quote-part). Depuis le début de l'année 2006, un système de participation différenciée aux coûts a été mis en place pour les médicaments de marque lorsqu'il existe des substituts génériques. Dans la distribution de médicaments, grossistes et détaillants se partagent les marges. En outre, les modalités de rémunération des pharmaciens ont récemment évolué afin que ces derniers soient rémunérés en fonction des services assurés plutôt qu'en fonction de la quantité de médicaments délivrés (chapitre 4).

Accords tarifaires

La loi accorde aux prestataires une certaine souplesse pour ce qui est de l'adhésion à un accord tarifaire donné. Un prestataire (par exemple, un médecin, un pharmacien, une infirmière) peut décider d'adhérer à un accord, même s'il n'est pas membre d'une association professionnelle. En outre, les membres ne sont pas tenus d'adhérer à un accord tarifaire existant avec les assureurs (Brunner et al., 2007). Ceux qui décident de ne pas y adhérer, qui sont actuellement peu nombreux, doivent négocier eux-mêmes leurs tarifs avec les assureurs.

De fait, les assureurs ont l'obligation de rembourser les services assurés par les prestataires autorisés à exercer dans le cadre de la loi. Sont inclus tous les hôpitaux qui satisfont à certaines exigences en matière d'infrastructures et de services et participent à la planification hospitalière cantonale, ainsi que tous les médecins libres praticiens²⁶. Les assureurs ne sont pas libres de passer des accords sélectifs, sauf avec des médecins travaillant dans le cadre de réseaux de soins intégrés.

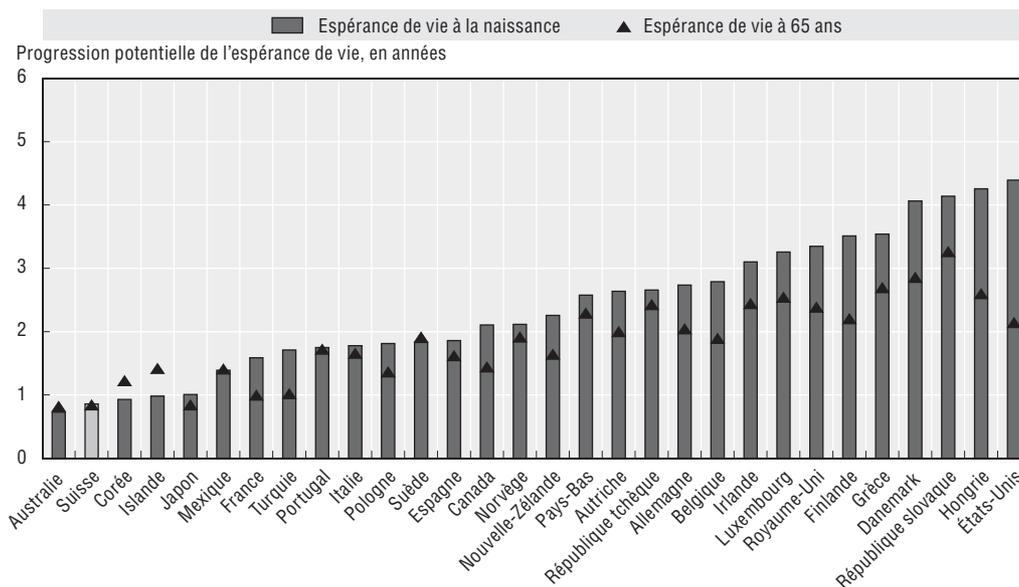
Dans le secteur ambulatoire, les tarifs cantonaux s'appliquent à tous les traitements dispensés par les prestataires du canton en question. En cas d'hospitalisation, les prestataires peuvent fixer des prix plus élevés pour les patients venant d'un autre canton. Si une personne reçoit un traitement en dehors de son canton de résidence, son assureur rembourse la prestation à concurrence du tarif que le prestataire facturerait aux résidents en cas d'urgence ou lorsque la prestation en question n'existe pas dans le canton d'origine de l'assuré. Dans ce cas, le canton d'origine couvre la différence entre le montant effectivement facturé au patient et le tarif remboursé par l'assureur. Un tel système de protection tarifaire et de remboursement ne s'applique pas lorsqu'une personne choisit de recevoir un traitement médical hors canton sans raison médicale valable ou sans avoir obtenu l'accord de son canton d'origine. Dans ce cas, les patients sont tenus de payer l'intégralité de la différence entre le montant facturé par le prestataire (lequel correspond aux honoraires pour les patients extérieurs au canton) et le tarif applicable (et donc remboursé) dans leur canton d'origine. Les cantons peuvent conclure des accords sur la couverture des coûts pour les traitements administrés en dehors du canton d'origine²⁷. À partir de 2012, chacun sera libre de se faire soigner dans l'hôpital de son choix en Suisse, quel que soit le canton où il réside, le remboursement correspondra au tarif appliqué dans le canton d'origine du patient.

1.7. L'efficacité du système : évaluation comparative internationale et défis à relever à l'avenir

Bien qu'il soit considéré comme coûteux, le système de santé suisse a obtenu un bon classement lors de l'étude menée récemment par l'OCDE sur l'efficacité des systèmes de santé (OCDE, 2010d). Dans le cadre de cette étude, l'OCDE a évalué l'efficacité des systèmes de santé de ses pays membres en s'appuyant sur une analyse d'enveloppement des données (AED) pour déterminer les frontières d'efficacité pour chaque pays. L'espérance de vie a été considérée comme la variable disponible la plus adaptée pour représenter les résultats en termes de santé et les dépenses totales de santé ainsi que le nombre de professionnels de la santé ont été utilisés tour à tour pour mesurer les ressources mises en œuvre. D'autres déterminants de l'espérance de vie ont été pris en compte lors de la modélisation grâce à un indicateur composite (revenus, situation socio-économique et mode de vie) et la sensibilité du modèle à différentes combinaisons de résultats et de ressources a été éprouvée.

Cette méthode a permis d'obtenir des estimations de la progression potentielle de l'espérance de vie dans chaque pays si les autorités parvenaient à atteindre la frontière d'efficacité du système de santé. Ces calculs ont été effectués à ressources constantes et dans l'hypothèse de rendements d'échelle non croissants (graphique 1.14). Les estimations obtenues indiquent que la Suisse fait partie des pays les plus efficaces.

Graphique 1.14. **Progression potentielle de l'espérance de vie grâce à une meilleure efficacité¹**



Note : La progression potentielle de l'espérance de vie est mesurée par le nombre d'années de vie qui pourraient être gagnées si le niveau d'efficacité dans un pays pouvait être élevé de manière à atteindre la frontière d'efficacité estimée.

1. Dans ce graphique, les analyses d'enveloppement des données (AED) ont été réalisées avec deux données : les dépenses de santé par habitant et un indicateur composite de l'environnement socio-économique (PIB par habitant, niveau d'instruction atteint) et des facteurs portant sur le mode de vie (émissions d'oxyde d'azote, consommation de fruits et légumes, consommation retardée d'alcool et de tabac, données de 1990). Toutes les AED portent sur 2007 sauf dans le cas où les taux de mortalité évitable ont été utilisés comme « résultat » car ils ne sont disponibles que depuis 2003 et pour 27 pays.

Source : OCDE (2010d).

À l'instar de nombreux autres pays aux revenus élevés, la Suisse doit relever le défi qui consiste à préserver la qualité actuelle de son système de santé. Aujourd'hui, la quasi-totalité des résidents suisses sont assurés et bénéficient d'un large éventail de prestations, bien que leur contribution directe aux dépenses de santé soit relativement élevée. Préserver la couverture universelle et l'éventail des prestations va s'avérer de plus en plus difficile en raison de l'évolution démographique, de la hausse du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, des avancées technologiques dans le domaine médical, du renchérissement du coût des soins médicaux et des attentes et exigences toujours plus élevées du public. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 publié par l'OMS et intitulé *Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle* expose les différentes orientations possibles et émet des recommandations pour les pays à revenus élevés (encadré 1.5).

**Encadré 1.5. Recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2010 –
Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture
universelle : points essentiels concernant les pays à revenus élevés**

Le défi

Dans nombre de pays, des millions de personnes souffrent soit parce qu'elles ne peuvent bénéficier des soins de santé dont elles ont besoin, soit parce qu'elles ne peuvent assumer le coût des services de santé. Ces difficultés financières ne se limitent pas aux pays à faibles revenus ou à revenus moyens : près de 4 millions de personnes, dans six pays de l'OCDE (Grèce, Portugal, Mexique, Corée, Hongrie et Pologne), ont été mises en situation difficile parce qu'elles ont dû assumer directement des frais médicaux. En outre, les dettes contractées en raison de frais médicaux sont la première cause de faillite personnelle aux États-Unis.

Même dans les pays où les services de santé sont depuis longtemps accessibles pour un coût abordable, les autorités éprouvent de plus en plus de difficultés à satisfaire les exigences et les attentes de plus en plus élevées du public et à financer des technologies qui progressent rapidement, ainsi que les mesures nécessaires pour améliorer la santé. Les pays riches qui ont atteint des niveaux élevés de couverture et de protection contre le risque financier associé au paiement des soins doivent eux aussi s'auto-évaluer afin de veiller à ce que leur système de financement continue de fonctionner comme il le doit malgré l'accroissement des exigences et l'évolution des restrictions budgétaires. En outre, dans nombre de pays à revenus élevés, on observe un recul de la proportion de population en âge de travailler, les autorités de ces pays doivent donc envisager de mettre en place de nouvelles sources de revenus en plus de celles qui existent déjà, par exemple en instaurant des taxes sur les revenus ou une participation au financement de l'assurance maladie pour les salariés et leurs employeurs. Enfin, on constate qu'une partie du budget consacré aux dépenses de santé est gaspillée, ce qui prive un grand nombre de malades des soins dont ils ont besoin.

Recommandations de l'OMS

En modifiant les mécanismes de financement de son système de santé – parfois légèrement, parfois profondément – chaque pays peut faire progresser la protection en matière de santé et réduire les souffrances liées à la maladie, ainsi que la nécessité de payer pour les services de santé. Tous les pays, riches et pauvres, peuvent agir en vue d'offrir une couverture universelle ou de protéger les avancées réalisées par le passé. Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 émet des recommandations concrètes sur les moyens d'élargir la protection en termes de santé, de protéger les gens contre les risques de faillite ou de difficultés financières liées au recours aux services de santé et de rendre le

**Encadré 1.5. Recommandations du Rapport sur la santé dans le monde 2010 –
Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture
universelle : points essentiels concernant les pays à revenus élevés (suite)**

système de santé plus efficient et équitable. Il convient de souligner que des gains d'efficience se traduisent, à ressources égales, par une meilleure couverture, une meilleure protection contre les risques financiers et de meilleurs résultats en matière de santé. Ils ne représentent nullement un moyen de réduire les dépenses de santé. En s'appuyant sur l'expérience des pays, le rapport propose des pistes pour les trois grands axes d'action suivants :

1. Mobiliser suffisamment de fonds pour la santé grâce aux sources de financement existantes ainsi que par des approches innovantes

Les différentes possibilités consistent notamment à donner à la santé un rang de priorité plus élevé dans les dépenses publiques et à diversifier les sources de recettes avec, par exemple, des taxes sur la valeur ajoutée et des taxes sur les consommations nocives comme le tabac et l'alcool. Gagner en efficience du point de vue de la perception des recettes est tout aussi important, même dans certains pays riches, car l'évasion fiscale et l'inefficacité des modalités de perception des primes d'assurance ou de recouvrement des impôts peuvent poser de graves problèmes.

2. S'appuyer largement sur des formules de prépaiement (assurance et/ou taxes, par exemple)

Le prépaiement permet de mobiliser des fonds, puis de les mutualiser pour garantir l'accès aux services et répartir les risques financiers. Il permet donc de limiter le recours aux paiements directs à la charge des patients.

3. Dépenser l'argent de manière plus efficiente et équitable

Tous les pays peuvent gagner en efficience et en équité en adoptant une approche plus stratégique lorsqu'ils déterminent les services à couvrir ou acheter, en se basant sur les informations dont ils disposent sur les besoins de la population en matière de santé. On peut gagner en efficience, et donc en équité, en adoptant certaines des démarches suivantes :

- Réduire les dépenses inutiles en médicaments en recourant de manière plus systématique aux génériques, en prescrivant et en consommant moins de médicaments, en fixant des prix adéquats et en améliorant les modalités de contrôle qualité.
- Améliorer l'efficience des hôpitaux en évitant les admissions et les journées d'hospitalisation inutiles, en optimisant la taille et l'éventail des services proposés et en accroissant la productivité.
- Choisir le type d'interventions adéquat en privilégiant les interventions les moins coûteuses et les plus efficaces, et en veillant à maintenir le bon équilibre entre prévention, promotion de la santé et traitements.
- Trouver le juste équilibre dans les incitations en direction des prestataires pour les amener à fournir le niveau de soins approprié en liant la rémunération aux résultats et à une information sur le coût des services, la qualité et l'impact. Il convient d'être particulièrement vigilant avec la formule du paiement à l'acte qui encourage un excès d'offre de services. Un système de paiement par capitation permettrait de couvrir tous les besoins en services de santé de chaque personne rattachée à un prestataire et pourrait favoriser la prévention.
- Éviter la démultiplication des canaux de financement, des fonds et des structures de soins afin d'éviter les doublons et de réduire les coûts administratifs.

Source : OMS (2010).

Ce rapport couvre trois aspects majeurs : assurance maladie, personnels de santé et gouvernance du système de santé suisse. Un autre chapitre traite (de manière plus succincte) de divers domaines dans lesquels des changements sont intervenus au cours des cinq dernières années ou qui présentent un intérêt particulier. Au total, l'objectif est de montrer comment la Suisse pourrait améliorer encore la performance de son système de santé en le rendant plus efficient, plus accessible et plus équitable.

Notes

1. Loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents, 13 juin 1911.
2. Loi fédérale sur l'assurance maladie, 18 mars 1994. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996.
3. Y compris dans les zones qui entourent ces villes.
4. Un seul membre dans le cas des demi-cantons, par exemple ceux de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne.
5. Le Conseil national compte 200 membres et le Conseil des États 46.
6. Au fil des années, la Suisse et l'Union européenne ont porté de plus en plus d'intérêt à la santé comme thème commun.
7. Swissmedic est l'Institut suisse des produits thérapeutiques. Cette institution veille à ce que les médicaments et appareils médicaux mis sur le marché suisse soient des produits de grande qualité, sûrs et efficaces.
8. Les aides aux personnes et aux familles à faibles revenus pour la souscription d'une assurance maladie, dont le gouvernement fédéral et les administrations cantonales se partagent le coût, n'apparaissent pas ici car elles sont une composante des dépenses de santé au titre des primes d'assurance.
9. Cette section s'appuie sur des travaux antérieurs de Colombo (2001) et de l'OCDE en collaboration avec l'OMS (2006) sur le système d'assurance maladie obligatoire.
10. Ces objectifs étaient contenus dans le Message relatif à la révision de la Loi de 1911 sur l'assurance maladie et accidents (LAMA), 6 novembre 1991, pp. 3-5.
11. Les personnes qui sollicitent des soins en dehors de leur canton sans raison médicale ou pour des considérations d'ordre personnel peuvent se voir facturer la différence entre le coût des soins dans leur canton d'origine et le coût facturé par le canton dispensant les soins. Toutefois, le coût facturé par le canton dispensateur des soins ne peut excéder son propre tarif externe. Le patient peut, cependant, se prémunir contre ces suppléments de coût grâce à une assurance complémentaire.
12. Les franchises sont des montants forfaitaires que les assurés doivent déboursier jusqu'à hauteur du montant à partir duquel leur assurance prend le relais. La quote-part représente la participation de l'assuré au coût de chaque prestation (10 % des frais dépassant le montant de la franchise, par exemple). Un montant fixe par jour (15 CHF, par exemple) est exigé pour chaque épisode de soins à l'hôpital (une nuit d'hospitalisation, par exemple).
13. Loi fédérale sur l'assurance accidents, 20 mars 1981.
14. Loi fédérale sur l'assurance invalidité, 19 juin 1959.
15. Loi fédérale sur le contrat d'assurance, 2 avril 1908.
16. L'article 12 de la LAMal autorise les assureurs proposant une couverture obligatoire à proposer en parallèle des produits d'assurance maladie volontaire. Habituellement, les assureurs créent des compagnies distinctes pour gérer l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie volontaire.
17. Date de mise en application d'une révision de la LAMal du 24 mars 2000.
18. Les données suisses sur les dépenses au titre de la prévention et de la promotion de la santé sont probablement légèrement sous-estimées car : 1) le coût de certains programmes de santé maternelle et infantile est inclus dans le coût des soins aux patients externes ; 2) les dépenses totales de santé incluent une surestimation des dépenses au titre des soins de longue durée. La part dans le PIB des dépenses au titre de la prévention et de la promotion de la santé est donc probablement voisine de la moyenne de l'OCDE.

19. L'Office fédéral suisse de la santé publique publie des recommandations relatives à la politique d'immunisation. Toutefois, il n'y a ni politique nationale en matière d'immunisation ni obligation légale d'immunisation au niveau fédéral.
20. Le dépistage du cancer du sein est une bonne illustration de cette situation. Dans la plupart des cantons, les activités de dépistage sont menées à l'initiative des patientes, qui consultent de leur propre chef un généraliste ou un spécialiste (« dépistage opportuniste »). Bien que la couverture par l'assurance soit prévue par les autorités nationales, seul un nombre limité de cantons a mis en place un programme de qualité de dépistage systématique de cancer du sein (chapitre 4).
21. D'autres instances existent, parmi lesquelles le Conseil suisse pour la prévention des accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, la Conférence des directeurs cantonaux sur l'abus de substances psychoactives, la Ligue suisse contre le cancer et la Ligue pulmonaire suisse.
22. Selon la LAMal, les tarifs peuvent être établis sur la base du temps passé (par exemple pour les infirmières effectuant des services Spitex d'aide et de soins à domicile), des prestations (par exemple pour les médecins exerçant en libéral), ou de prix préalablement fixés (par exemple par patient, par groupe homogène de malades, par groupe de patients mais aussi en fonction de prévisions de budgets globaux par catégorie d'assurés). Lorsque les associations professionnelles et les assureurs ne parviennent pas à s'entendre sur une grille tarifaire valable à l'échelle nationale, c'est le Conseil fédéral qui la détermine.
23. Le grand principe qui sous-tend la rémunération basée sur les prestations consiste à rémunérer les pharmaciens sur la base du service rendu en termes de conseils spécialisés aux patients mais aussi d'investissement en capital et en logistique. Les pharmaciens sont rémunérés pour la gestion des prescriptions, les conseils prodigués aux patients mais aussi pour le service qu'ils rendent en conservant les dossiers des patients (Jordan et Enderle, 2005).
24. Associations de médecins (FMH), association d'hôpitaux, association de pharmaciens (Société suisse des pharmaciens), etc.
25. La liste est disponible sur Internet (www.bag.admin.ch/kv/gesetze/sl/d/index.htm).
26. Toutefois, les médecins qui ont refusé de participer au régime LAMal ou qui ne peuvent pas facturer leurs services aux assureurs LAMal sont exclus de ce dispositif.
27. Actuellement, seuls les traitements administrés par des prestataires exerçant en Suisse sont couverts par la LAMal. Le Département fédéral de l'Intérieur a proposé d'autoriser le remboursement des traitements reçus à l'étranger dans le but de stimuler la concurrence par les prix. Une initiative pilote a été lancée dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne en coopération avec le comté allemand de Lörrach.

Références

- Allin, S. et al. (2004), *Making Decisions on Public Health: A Review of Eight Countries*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague, disponible à l'adresse : www.euro.who.int/observatory/publications/20041014_1.
- Brunner, H.H., S. Cueni et R. Januth (2007), « Assurance-maladie », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 45-64.
- Colombo, F. (2001), « Towards More Choice in Social Protection ? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland », *Politique du marché du travail et politique sociale : document hors série*, n° 53, Éditions OCDE, Paris.
- Gebel, F. et K. Stampfli (2007), « Assurance militaire », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 71-74.
- Gilliand, P. (1990), *Assurance-maladie : Quelle révision ?*, Éditions Réalités sociales, Lausanne.
- Gilliand, P. et S. Rossini (1997), *La protection sociale en Suisse*, Éditions Réalités sociales, Lausanne.
- Hänggeli, C. et al. (2007), « Médecins libres praticiens », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 249-260.
- Interpharma (2010), *Le marché du médicament en Suisse 2010*, 17^e édition, Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche, Interpharma, Bâle.

- Jaccard-Ruedin, H. et M. Widmer (2010), *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*, Rapport OBSAN n° 39, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Jordan, D. et D. Ray (2007), « Pharmacies et drogueries », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 287-303.
- Kocher, G. (2007), « Confédération, cantons et communes : partage des compétences et des tâches », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 107-117.
- Kraft, E. (2011), « 30 273 médecins au service de la Suisse », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 92, n° 12, pp. 440-444.
- Leuenberger, R. et G. Mauro-Potenza (2007), « Assurance-invalidité », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 37-43.
- Ludwig, C.A. (2007), « Assurance-accidents », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 25-31.
- Mosle, H. (2005), « Établissements médico-sociaux et divisions de soins », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé Suisse 2004-2006. Survol de la situation actuelle*, pp. 123-133, Éditions Hans Huber, Berne.
- Mulheim, D. (2003), « Caisses privées et assurances sociales : retour sur les premiers projets d'assurance maladie (1893-1912) », *Aspect de la sécurité sociale : Dossiers problèmes non résolus*, FEAS, Lausanne.
- Observatoire européen des systèmes de santé (2000), *Health Systems in Transition – Switzerland*, Observatoire européen des systèmes de santé, Copenhague.
- OCDE (2009), *Études économiques de l'OCDE : La Suisse*, Éditions OCDE, Paris
- OCDE (2010a), *Éco-Santé OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Tendances des migrations internationales*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010c), *Optimiser les dépenses de santé*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010d), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2011a), *Besoin d'aide ? : La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2011b), *OECD Population Projections, OECD Employment and Labour Market Statistics*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2011c), *Éco-Santé OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE et OMS (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2006*, Éditions OCDE (Paris) et OMS (Genève).
- OFS – Office fédéral de la statistique (2000), *Recensement fédéral de la population 2000, Le paysage linguistique en Suisse*, OFS, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2005), *Comptes nationaux, Revenus cantonaux selon les bénéficiaires*, OFS, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2007), *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007*, OFS, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2008a), *Établissements et emplois du système de santé 2008*, OFS, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2009a), *État et structure de la population – Indicateurs*, OFS, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2009b), *Surface et population selon les cantons*, OFS, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2010a), *Causes de décès en 2008 : Baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires*, Communiqué de presse, OFS, Neuchâtel, 7 septembre 2010.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2010b), *Emplois et professions de la santé : Forte progression de l'emploi dans le domaine de la santé*, Communiqué de presse, OFS, Neuchâtel, 25 novembre 2010.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2011), *Statistique des institutions médico-sociales – Tableaux standard 2009*, OFS, Neuchâtel.

- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2009), *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire*, OFSP, Neuchâtel.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2010), *Statistiques de l'assurance maladie 2008*, OFSP, Berne.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2010), *Le Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle*, OMS, Genève.
- Saladin, P. et al. (2007), « Hôpitaux », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Éditions Hans Huber, Berne, pp. 173-192.

Chapitre 2

L'assurance maladie

Ce chapitre examine le système d'assurance maladie de la Suisse. La section 2.1 présente les grandes évolutions du marché de l'assurance maladie de la Suisse, y compris le rôle de l'assurance maladie complémentaire privée. La section 2.2 étudie les problèmes d'équité en matière de financement de la santé et la charge financière supportée par les ménages, en évaluant les différentiels de prime, le mécanisme d'aide à la réduction des primes et le montant des dépenses restant à la charge des patients. La section 2.3 analyse l'intensité de la concurrence sur le marché de l'assurance maladie, en s'intéressant plus particulièrement au mécanisme de compensation des risques et aux plans de « managed care ». Enfin, la section 2.4 fait le point sur le programme de réformes et examine les propositions relatives à la surveillance du marché de l'assurance et au développement des réseaux de soins intégrés.

En 1996, la Suisse a mis en application la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), laquelle visait à atteindre trois grands objectifs : renforcer la solidarité au sein du système de santé suisse, maîtriser les dépenses de santé et garantir une couverture de grande qualité. Ce chapitre analyse l'évolution de la couverture d'assurance maladie et le marché de l'assurance maladie quinze ans après l'introduction de la LAMal.

2.1. Les grandes évolutions du marché de l'assurance maladie suisse

La Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) a été adoptée en 1994 afin de mettre en place, en 1996, une couverture d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents suisses. En Suisse, le marché de l'assurance maladie repose sur une concurrence réglementée fondée sur plusieurs principes clés : les assureurs maladie ne doivent pas réaliser de profit sur les contrats de l'assurance maladie obligatoire¹, les consommateurs peuvent choisir librement leur assureur et les assureurs sont tenus d'accepter toute personne souhaitant s'affilier. L'éventail des prestations couvertes par l'assurance maladie est défini au niveau national pour tous les assurés, et les assureurs maladie doivent offrir la même prime à toutes les personnes souscrivant le même contrat d'assurance maladie sous réserve qu'elles soient dans la même catégorie d'âge (0-18 ans ; 19-25 ans ; 26 ans et plus) et dans la même région. Les assureurs maladie peuvent proposer des contrats d'assurance maladie facultatifs qui sont assortis de primes inférieures en contrepartie de franchises plus élevées (« franchise à option ») ou des contrats de *managed care*. Les assureurs peuvent également proposer des contrats « avec bonus », selon lesquels les assurés bénéficient d'une réduction de leur prime s'ils ne sollicitent pas de remboursement de leur caisse d'assurance. Enfin, les pouvoirs publics allouent des aides à certains groupes de personnes pour aider à réduire le coût des primes d'assurance.

L'assurance maladie suisse offre une couverture étendue de soins de santé

En Suisse, l'éventail des prestations d'assurance maladie englobe une large gamme de biens et services de soins curatifs et de réadaptation. En principe, tous les traitements et examens médicaux prescrits par les médecins et prodigués par des professionnels habilités sont couverts, à moins qu'ils ne soient exclus explicitement de l'éventail des prestations. Par contre, les médicaments et d'autres produits médicaux doivent figurer sur une liste positive pour pouvoir être remboursés. D'autres prestations ont été ajoutées récemment : par exemple, la psychothérapie médicale est remboursée depuis 2009. À la suite d'un référendum organisé cette même année, le Conseil fédéral a décidé que cinq médecines alternatives seraient remboursées (médecine anthroposophique, homéopathie, thérapie neurale, phytothérapie et médecine chinoise traditionnelle) pendant une période de six ans à partir de janvier 2012, sous réserve qu'elles soient pratiquées par des médecins. Ces médecines alternatives seront évaluées au cours de cette période. L'assurance maladie obligatoire couvre aussi le coût des soins médicaux dispensés aux patients qui bénéficient d'une prise en charge de longue durée, en établissement ou à domicile². Les soins et prothèses dentaires ont toujours été exclus de cet éventail de

prestations et les produits pour la vue ont été exclus en janvier 2011. Cependant, les soins dentaires et les produits pour la vue sont remboursés lorsqu'ils répondent à des besoins médicaux spécifiques (par exemple, affection chronique).

Alors que tous les produits et services couverts par la LAMal doivent satisfaire aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 de la LAMal), la plupart des services ne sont pas évalués formellement. Les produits pharmaceutiques et certains appareils médicaux y font exception (Paris et Docteur, 2007). Ainsi, de nombreux services sont inclus dans l'éventail des prestations sans que leur utilité ait été vraiment prouvée scientifiquement.

Pour la plupart des prestations couvertes par l'assurance maladie, les tarifs sont fixés au niveau national (pour les produits médicaux) ou négociés au niveau cantonal (pour les services). Après paiement d'une franchise (300 CHF dans les contrats assortis d'une franchise ordinaire), les patients contribuent au coût des soins par la quote-part – généralement 10 % des coûts – dans la limite d'un plafond annuel. Les patients versent en plus une contribution aux frais de séjour hospitalier (forfait journalier, qui a été porté de 10 CHF à 15 CHF en 2011). Pour les produits médicaux autres que les médicaments, les prix sur le marché peuvent s'avérer souvent supérieurs au tarif officiel, auquel cas les patients règlent la différence entre le prix et le tarif, en sus de leur contribution. Une liste énumérant les interventions préventives retenues est fournie gratuitement aux patients : y figurent, entre autres, une sélection de vaccins pour enfants et la mammographie pour les femmes âgées de plus de 50 ans³.

Le délai de remboursement varie souvent selon le type de service médical. En général, les patients payent le coût des services de santé ambulatoires (comme la consultation d'un médecin) puis sont remboursés ensuite par la caisse d'assurance maladie. Par contre, les services hospitaliers sont payés directement aux prestataires par l'assurance maladie, et la contribution des patients aux coûts est versée aux assureurs maladie une fois les soins dispensés.

Par comparaison internationale, l'éventail des prestations couvertes est étendu, exception faite des soins dentaires et des produits pour la vue (Paris et al., 2010). Le « rationnement » n'est pas à l'ordre du jour politique. Le montant restant à la charge du patient est cependant l'un des plus élevés de la zone de l'OCDE (voir la section 2.2 de ce chapitre).

Les consommateurs peuvent choisir entre différentes polices d'assurance maladie

Les consommateurs peuvent choisir non seulement leur assureur, mais aussi entre différents types de police d'assurance maladie. Les contrats ordinaires procurent le plus fort degré de protection financière contre le coût de la maladie (autrement dit, ils ont la franchise la plus faible : 300 CHF), mais ils sont assortis des primes les plus élevées. D'autres formes de contrats d'assurance maladie proposent des primes plus faibles s'accompagnant de franchises plus élevées ou de restrictions quant au choix du médecin ou de l'hôpital (voir tableau 2.1).

Après l'entrée en application de la loi sur l'assurance maladie en 1996, la majorité des consommateurs (55 %) a opté pour des polices d'assurance maladie ordinaires, 37.4 % ont choisi des polices à franchise plus élevée et seulement 7.5 % ont souscrit des polices assorties de restrictions quant au choix des prestataires. Au fil des ans, les choix des consommateurs ont évolué : le nombre des souscriptions de polices ordinaires n'a cessé de diminuer, dans un premier temps, au bénéfice des polices à franchise élevée, tandis que le nombre des souscriptions de polices donnant accès à un réseau restreint de prestataires

Tableau 2.1. **Types de contrats d'assurance dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (LAMal)**

	Assurance maladie obligatoire de base	Assurance avec franchise à option	Assurance avec bonus	Assurance avec choix limité de prestataires
Niveau des primes	Les primes ordinaires sont fixées par assureurs dans chaque « région » ¹ et pour trois catégories de population (0-18 ans, 19-25 ans, plus de 26 ans).	Les réductions de prime peuvent aller jusqu'à 50 % de la prime ordinaire proposée par l'assureur mais ne peuvent excéder 70 % de la différence entre la franchise choisie et la franchise ordinaire. Par ex., pour une franchise de CHF 1 000, la réduction de prime ne peut excéder $0.70 \times (1\ 000 - 300) = 490$ CHF.	Réduction de la prime pour chaque année où l'assuré ne demande aucun remboursement de prestations. La prime payée au cours de la première année est supérieure de 10 % à la prime ordinaire. La prime peut ensuite baisser jusqu'à atteindre 45 % de la prime ordinaire au bout de cinq ans.	Primes réduites à la discrétion des assureurs, d'au maximum 20 % de la prime ordinaire.
Participation aux coûts ²	Franchise : Enfants : aucune. Adultes : 300 CHF/an	Franchises possibles : Enfants : 100/200/300/400/500/600 CHF. Adultes : 500/1 000/1 500/2 000/2 500 CHF.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.
	Quote-part : 10 % du coût des produits et services de santé au-delà du montant de la franchise ; 20 % pour les médicaments de marque quand il existe des génériques meilleur marché.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire, avec possibilité de réduire davantage encore ou de supprimer la participation au coût.
	Contribution aux coûts : 15 CHF par jour pour les séjours hospitaliers	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.
	Plafond : le montant total payé au titre de la quote-part ne peut excéder 700 CHF pour un adulte, 350 CHF pour un enfant et 1 000 CHF pour tous les enfants d'une même famille.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.
Choix du médecin/de l'hôpital	Liberté de choix entre les médecins et les hôpitaux agréés par l'assurance maladie, dans le canton.	Comme pour l'assurance ordinaire.	Comme pour l'assurance ordinaire.	L'assuré ne peut s'adresser qu'aux prestataires appartenant au réseau.

1. Les cantons sont divisés en trois régions au maximum, dans lesquelles les assureurs doivent définir des primes uniformes pour une police donnée.

2. Des exemptions de participation aux coûts existent pour les femmes enceintes, les bénéficiaires de l'assistance sociale et les allocataires de prestations vieillesse et d'invalidité complémentaires, ainsi que pour les soins liés à la maternité.

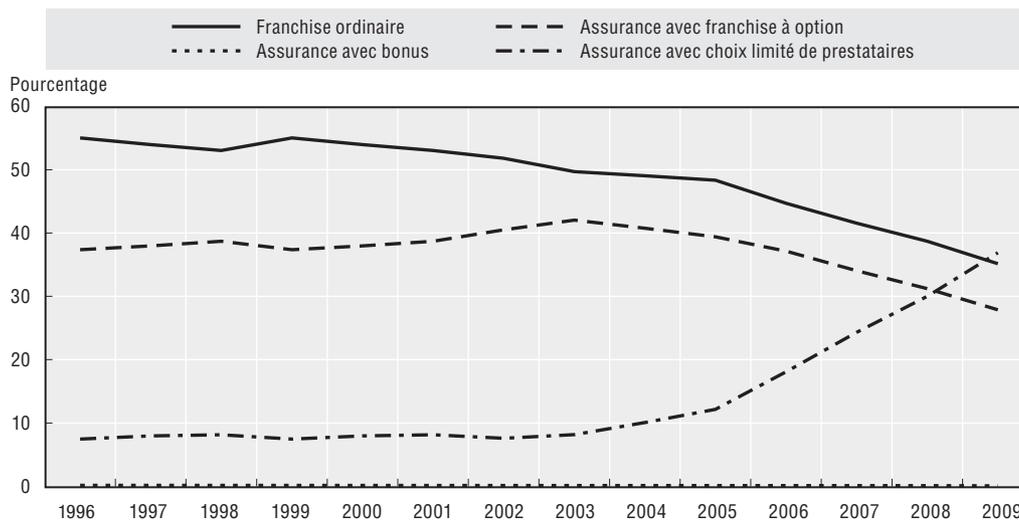
Source : OCDE (2006) ; OFSP (2011a).

stagnait à 7-8 %. Cependant, depuis 2004, les polices assorties de restrictions quant au choix des prestataires rencontrent un succès spectaculaire, la proportion d'assurés choisissant ces polices (36.9 %) étant aujourd'hui supérieure à celle des assurés ayant opté pour des polices ordinaires (35.2 %), des polices à franchise élevée (27.9 %) ou des polices avec bonus (0.1 %) (voir graphique 2.1 et OFSP, 2011a).

Le choix des consommateurs s'est élargi au niveau cantonal, malgré la concentration du marché au niveau national

On observe un renforcement de la concentration du marché au niveau national depuis l'entrée en vigueur de la LAMal : le nombre des assureurs fournissant une assurance maladie obligatoire est tombé de 145 en 1996 à 81 en 2009. Toutefois, le marché suisse de l'assurance maladie reste peu concentré en comparaison internationale : en 2008, les cinq premiers assureurs détenaient 43 % du marché contre 89 % en République tchèque et 94 % aux

Graphique 2.1. **Évolution de la répartition des assurés selon le modèle d'assurance entre 1996 et 2009**



Source : OFSP (2011a), *Statistiques de l'assurance maladie 2009*.

Pays-Bas. Seule l'Allemagne présentait une concentration plus faible, les cinq premiers assureurs se partageant 39 % du marché (Paris et al., 2009). Cependant, parallèlement à la concentration accrue du nombre des caisses, le choix des consommateurs s'est élargi au niveau cantonal, le nombre moyen d'assureurs opérant dans chaque canton passant de 38 en 1997 à 59 en 2011 (Franck et Lamiraud, 2009 ; OFSP, 2011a).

L'assurance maladie complémentaire privée couvre un tiers de la population

Les particuliers peuvent souscrire des contrats d'assurance maladie complémentaire en sus de leur assurance maladie obligatoire. La loi stipule que ces contrats ne peuvent couvrir les prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire ni la participation aux coûts prévue dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Les assureurs en complémentaire définissent l'éventail des prestations couvertes par chaque contrat ainsi que les primes. Les contrats couvrent généralement une ou plusieurs des prestations suivantes : chambre particulière dans les hôpitaux, soins dentaires, médecines alternatives et prestations monétaires en cas de congé-maladie.

La part de la population assurée détenant au moins un contrat d'assurance maladie complémentaire était de 75 % en 2001, selon l'Office fédéral des assurances privées (cité par Dormont et al., 2009). D'après de nouvelles données, 88 % des affiliés détenaient au moins un contrat d'assurance complémentaire en 2007 (Lamiraud, 2011). Cependant, les assurances privées destinées à couvrir les soins hospitaliers en privé ou en semi-privé – qui permettent de choisir le médecin et de bénéficier de conditions d'hébergement supérieures – représentent l'essentiel de la contribution au financement des soins de santé. D'après les enquêtes, 29,5 % des personnes âgées de 15 ans et plus détenaient ce type de contrat en 2007. En termes de financement, l'assurance maladie privée joue un rôle non négligeable en Suisse puisqu'elle représentait 8,8 % des dépenses de santé courantes en 2009. Parmi les pays où l'assurance maladie privée n'est qu'une source secondaire de couverture (en sus du système d'assurance publique ou sociale), seuls la France, le Canada et la Slovénie ont des niveaux de dépenses supérieurs (respectivement 13,6 %, 13,4 % et 13,3 %).

Il existait près d'un millier de produits d'assurance maladie complémentaire différents en 2011. Ces produits étaient proposés par des compagnies d'assurance privées et par des caisses d'assurance maladie, et les assureurs maladie à but lucratif détenaient les trois quarts du marché. Tous les produits d'assurance maladie complémentaire font l'objet d'une surveillance, exercée auparavant par l'Office fédéral des assurances privées (OFAP) conformément à la Loi sur le contrat d'assurance. Depuis les modifications apportées à la législation en 2008, la surveillance des compagnies d'assurance incombe maintenant à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), en sus de ses autres responsabilités concernant les banques et d'autres intermédiaires financiers (OFAP, 2008). En plus des obligations s'appliquant à tous les secteurs supervisés par la FINMA (principalement en matière de solvabilité), l'assurance maladie complémentaire est soumise à réglementation dans un certain nombre d'autres domaines. On peut citer notamment l'examen et l'approbation préalables des primes et des modalités et conditions de l'assurance, et les limites à la fixation des tarifs – les tarifs ne doivent pas être si bas qu'ils créent un risque d'insolvabilité ni si hauts qu'ils pénalisent les consommateurs, et ils ne doivent pas établir plus de distinctions entre les assurés que ce qui est justifiable sur le plan actuariel. Des réserves techniques doivent en outre être constituées pour éviter l'insolvabilité et doivent être évaluées et prises en compte dans le calcul des primes. De surcroît, les assureurs doivent être transparents dans leurs comptes (FINMA, 2010).

Les assurés souscrivent souvent leur assurance maladie sociale et leur assurance maladie complémentaire auprès du même assureur. Cette situation est jugée nuisible à la transparence et à une concurrence loyale sur les marchés de l'assurance maladie sociale. Le fait que les caisses d'assurance maladie utilisent les mêmes infrastructures (bureaux, personnel) pour des activités menées dans ces deux branches ne favorise pas la transparence des coûts administratifs et suscite, en outre, des interrogations quant à la confidentialité – par exemple, les informations sur l'état de santé obtenues dans le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaire (questionnaires, examens) peuvent servir à gérer les contrats d'assurance maladie sociale et à sélectionner les risques. D'un autre côté, les opposants à de nouvelles réformes soutiennent qu'une procédure simplifiée en matière de demande de remboursement facilite la vie des usagers et qu'instaurer des procédures de demande de remboursement séparées augmenterait les coûts administratifs totaux, en particulier les coûts administratifs supportés par les assureurs maladie sociaux (en partie subventionnés par l'assurance maladie complémentaire). Un projet de loi est actuellement proposé dans l'objectif de séparer plus clairement les activités de l'assurance maladie sociale de celles de l'assurance maladie complémentaire.

2.2. La Loi sur l'assurance maladie de 1996 a renforcé la solidarité, mais les inégalités persistent en matière de financement de la santé

La Suisse est parvenue à mettre en place une couverture universelle

La couverture d'assurance maladie est obligatoire depuis 1996 pour tous les résidents suisses. Elle est également obligatoire pour les non-résidents qui exercent régulièrement en Suisse une activité génératrice de revenus et pour les non-résidents employés par une société ayant son siège social en Suisse. Les cantons sont chargés de la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire et les autorités cantonales doivent affilier auprès d'un assureur maladie tout résident n'ayant pas respecté cette obligation.

Le nombre des résidents ne payant pas de prime d'assurance maladie est très faible et celui des résidents non affiliés l'est encore plus. En 2006, la Loi sur l'assurance maladie a

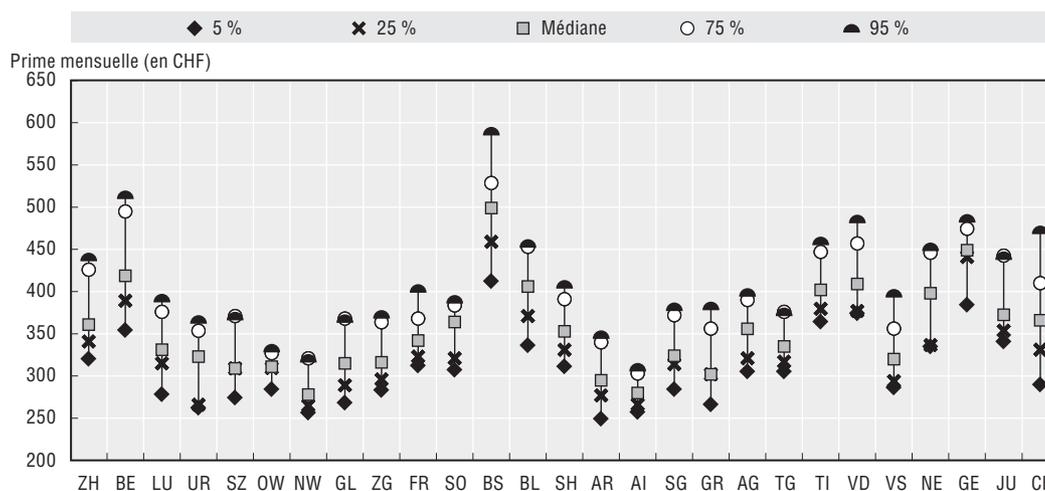
été modifiée afin de décourager les négligences (éviter que les assurés n'oublient de s'acquitter de leur prime). Depuis, les assureurs maladie sont tenus de refuser de régler les factures de soins de santé présentées par les assurés en défaut de paiement par négligence tant qu'ils n'ont pas entièrement recouvré les primes dues et les intérêts correspondants. C'est ainsi que les professionnels de la santé ont parfois refusé de prodiguer un traitement, sauf en cas d'urgence cependant. D'après l'OFSP (2011a), plus de 366 000 assurés ont été poursuivis par les assureurs maladie pour défaut de paiement des primes en 2009 et le paiement des prestations d'assurance maladie a été suspendu pour 93 000 d'entre eux (OFSP, 2011a).

Cependant, les professionnels de la santé se sont récemment déclarés préoccupés par le fait que des personnes sollicitent des soins sans disposer d'une couverture d'assurance. En mars 2010, le Parlement a révisé la loi afin de protéger les personnes ayant de grandes difficultés financières à s'acquitter des primes : à partir de janvier 2012, les cantons paieront 85 % des primes impayées et autres dettes dues à l'assurance maladie (telles qu'identifiées par les assureurs) pour le compte des bénéficiaires et verseront des aides à la souscription d'une assurance maladie directement aux assureurs. Il sera demandé aux personnes en défaut de paiement de rembourser les assureurs dès qu'elles le pourront sans toutefois pour autant renoncer à se faire soigner pour des raisons financières. Les assureurs reverseront ensuite la moitié de cette somme aux cantons.

Les primes d'assurance maladie sont extrêmement variables dans un même canton et d'un canton à l'autre

Le montant des primes varie considérablement d'un canton à l'autre, entre assureurs opérant dans un même canton et même entre sous-régions à l'intérieur des cantons (voir graphique 2.2). Ces écarts de primes intra-cantonaux persistent en raison de la sélection

Graphique 2.2. **Distribution des primes d'assurance maladie payées pour les adultes de plus de 25 ans, par canton d'affiliation, 2011**



Lecture : Dans le canton de Zurich, 5 % des assurés adultes payent leur assurance maladie moins de 322 CHF par mois, 50 % la payent moins de 361 CHF et 5 % la payent plus de 441 CHF.

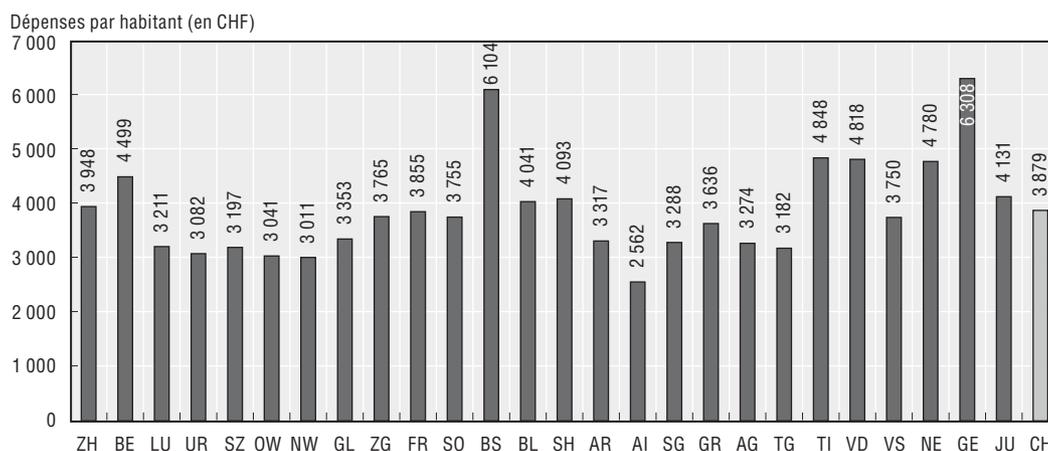
Note : Ces estimations sont établies sur la base des données les plus récentes sur la répartition des assurés entre les assureurs et les polices (2009) et sur les primes approuvées pour 2011. Elles ne concernent que les assurés âgés de plus de 25 ans ayant choisi une police à franchise ordinaire avec couverture accidents. En 2009, 31 % des adultes de plus de 25 ans avaient opté pour une police à franchise ordinaire, dont 60 % avec couverture accidents.

Source : OFSP (2011a), *Statistiques de l'assurance maladie*.

des risques pratiquée par les assureurs (voir plus loin), mais aussi parce que les assurés sont relativement peu nombreux à changer d'assureur d'une année sur l'autre, même si leur nombre a récemment augmenté (voir la section suivante).

Les différences de prime entre les cantons reflètent dans une large mesure (mais non entièrement) les différences de dépenses de santé. Le graphique 2.3 représente le total des sommes versées par les cantons aux prestataires, des primes d'assurance et du montant de la participation aux coûts pour les services d'assurance couverts pendant l'année 2007. Le total varie de 2 562 CHF par habitant à 6 308 CHF par habitant aux deux extrémités du spectre des 26 cantons (Reich et al., 2011). Cette variabilité reflète probablement l'existence d'importantes disparités géographiques dans les facteurs qui déterminent le coût de la santé en Suisse. Il s'agit notamment du montant de la rémunération des prestataires, de la densité de l'offre de services de santé (par exemple, le nombre de médecins et le nombre de lits d'hôpitaux) et des coûts plus élevés supportés par les hôpitaux universitaires dans certains cantons (Leu et al., 2009 ; Reich et al., 2011).

Graphique 2.3. Total des sommes versées par les cantons aux prestataires, des primes d'assurance et du montant de la participation aux coûts par habitant, par canton, en 2007



Source : Adapté de Reich et al. (2011).

Les subventions publiques aident certaines personnes et familles à payer leur prime d'assurance maladie

Par nature, les primes non liées au revenu sont très régressives. En 2008, les primes représentaient 11.8 % du revenu des ménages pour le quartile des revenus les plus bas et 3.4 % pour le quartile des revenus les plus élevés (Household Survey Data, 2008). Pour alléger la charge pesant sur les ménages à faible revenu, la Loi sur l'assurance maladie a instauré des aides publiques. Elles sont cofinancées par la Confédération et les cantons, mais leur gestion incombe à ces derniers dans un cadre général fixé par la LAMal. Chaque canton définit les critères d'éligibilité, le montant de l'aide individuelle et la procédure à suivre pour recevoir une aide. La LAMal exige une réduction des primes d'au moins 50 % pour les enfants et pour les jeunes adultes en formation des ménages à bas et moyens revenus, mais laisse aux autorités cantonales le soin de déterminer les seuils utilisés pour définir le montant du « revenu bas et moyen ».

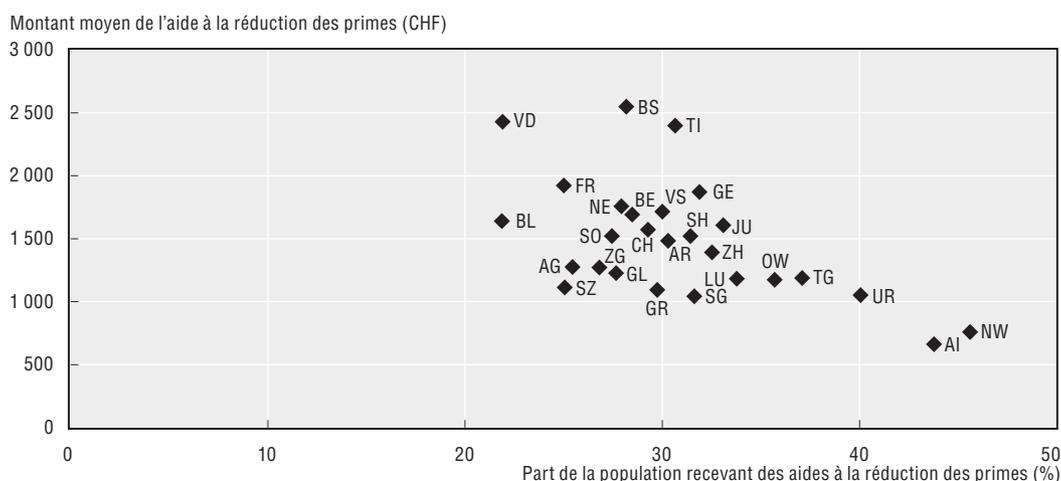
Les aides sont cofinancées par la Confédération par le biais de transferts fédéraux affectés à la réduction des primes. Initialement, les transferts fédéraux en faveur des cantons étaient effectués en fonction de la taille de leur population, de leur capacité financière et du montant des primes dans le canton. La formule d'allocation a été changée en 2001 pour prendre en compte le montant des aides effectivement versées par le canton au lieu du montant des primes. Il a été imposé aux cantons de payer au moins un tiers des transferts fédéraux accordés au titre de la réduction des primes. Ce système a été modifié à nouveau en 2008 pour le mettre en conformité avec un nouveau dispositif de péréquation budgétaire intercantonale. Selon le nouveau système, le montant total des fonds fédéraux octroyés au titre de la réduction des primes est calculé de manière à couvrir 25 % des coûts de l'assurance maladie sociale (participation aux coûts comprise) pour 30 % des assurés (soit 7.5 % des coûts bruts). Les fonds fédéraux sont ensuite alloués aux cantons en fonction de la taille de leur population et du nombre des affiliés ayant droit, en vertu de la LAMal, à une réduction de prime (OFSP, 2010 et LAMal).

On note une grande disparité dans la manière dont les cantons gèrent leur système d'aides. La capacité de dépenses, qui est mesurée par la différence entre les budgets disponibles et les fonds effectivement versés, varie d'un canton à l'autre. Plus de la moitié des cantons utilisent la clause de la LAMal qui les autorise à limiter le montant dépensé au titre des aides (voir chapitre 1), ce qui conduit à une réduction correspondante de l'allocation fédérale. Il existe également des différences dans les seuils d'éligibilité et les critères d'évaluation des avoirs. En outre, les cantons ont leurs propres lois fiscales ; ils ne suivent donc pas la même méthode pour calculer le revenu imposable. En conséquence, des ménages peuvent bénéficier d'une aide dans un canton mais pas dans un autre, à niveau de revenu identique. Enfin, les procédures de demande d'aides varient d'un canton à l'autre. Le calendrier et les délais à respecter ne sont pas uniformes. Dans certains cantons, les ménages sont automatiquement informés de leurs droits à recevoir ou non des aides, et reçoivent automatiquement ces aides. Dans d'autres, il incombe aux individus de solliciter des aides. Certains cantons transfèrent les aides directement aux assureurs, d'autres aux assurés et un petit nombre d'entre eux les déduisent des impôts (OCDE et OMS, 2006 ; CDS, 2011 ; OFSP, 2008). Suite à une révision récente de la LAMal⁴, les cantons seront désormais tenus de verser les aides directement à l'assureur.

En 2001, le Conseil des États a recommandé comme objectif social que le montant des primes n'excède pas 8 % du revenu imposable des ménages (soit environ 6 % du revenu imposé des ménages), mais le Parlement a décidé de laisser aux cantons le soin de fixer les limites des primes. Ainsi, non seulement les seuils d'éligibilité, mais aussi les modèles de détermination du niveau des primes diffèrent d'un canton à l'autre (cf. CDS, 2011 ; OFSP, 2008). Seize cantons fixent un pourcentage maximum du revenu des ménages à affecter au paiement des primes et subventionnent tout dépassement. Si la charge effective des ménages s'en trouve limitée, le paiement des primes reste néanmoins régressif. En outre, cela n'incite pas les familles habitant dans ces cantons à choisir un assureur proposant une prime plus faible ou à changer pour un contrat de *managed care* – que les assureurs se fassent concurrence sur les primes ne présente pas d'intérêt pour elles. Huit autres cantons octroient des aides forfaitaires en fonction des catégories de revenu. Pour les familles concernées, il reste intéressant de choisir un assureur qui propose des primes inférieures. Deux cantons appliquent une combinaison de ces deux modèles.

En 2009, environ 29 % des assurés recevaient des aides à la réduction des primes en Suisse. Ce chiffre recouvre des situations très différentes d'un canton à l'autre : de 21.9 % dans les cantons de Vaud et de Bâle-Campagne à 45.6 % dans le canton de Nidwald. Le montant moyen de l'aide à la réduction des primes était de 1 571 CHF au niveau national, mais variait lui aussi considérablement, allant de 666 CHF dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures à 2 543 CHF dans Bâle-Ville (voir graphique 2.4). Le pourcentage et le nombre des bénéficiaires sont demeurés relativement stables au cours de la dernière décennie, mais la part des cantons dans le total des aides à la réduction des primes s'est accrue de façon significative. Le montant total des aides et le montant de l'aide par ménage ont également augmenté au cours de cette période (voir tableau 2.2).

Graphique 2.4. **Part de la population recevant des aides à la réduction des primes et montant moyen de l'aide par bénéficiaire, par canton, 2009**



Source : OFSP (2011a), *Statistiques de l'assurance maladie 2009*.

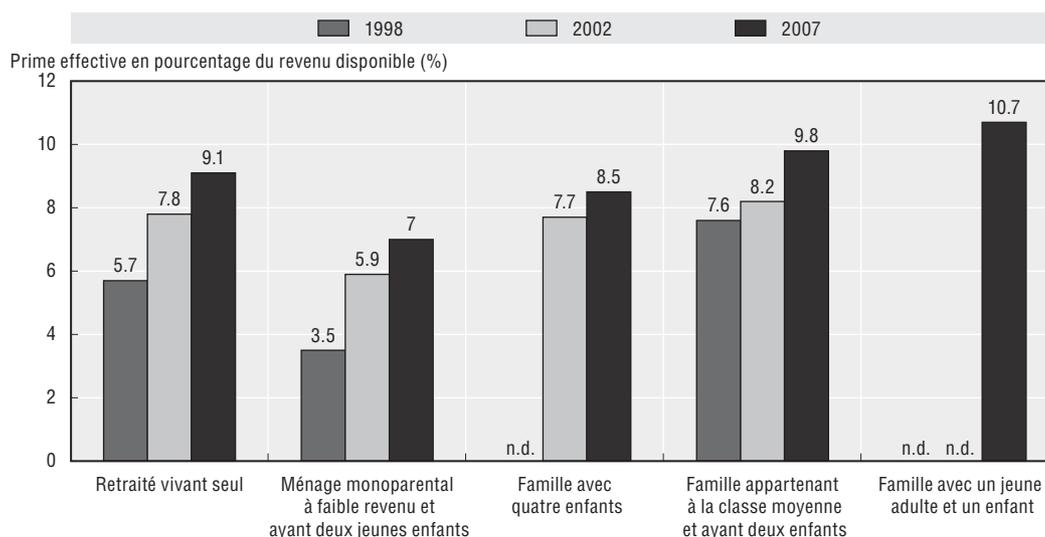
Tableau 2.2. **Évolution des aides à la réduction des primes depuis 1999**

Année	Aides versées au titre des primes d'assurance maladie obligatoire (millions de CHF)	Dont : part des aides cantonales (%)	Nombre de bénéficiaires	Bénéficiaires en % de l'effectif des résidents assurés (%)	Montant annuel moyen des aides par personne (CHF)	Nombre de ménages bénéficiaires	Montant annuel moyen des aides par ménage (CHF)
1999	2 689.7	33.1	2 334 267	32.1	1 152	1 230 090	2 187
2000	2 545.3	32.5	2 337 717	32.2	1 089	1 242 695	2 048
2001	2 657.2	32.3	2 376 421	32.5	1 118	1 268 943	2 094
2002	2 892.0	33.5	2 433 822	33.1	1 188	1 289 405	2 243
2003	3 065.5	35.0	2 427 518	32.9	1 263	1 287 365	2 381
2004	3 169.8	35.2	2 361 377	32.0	1 342	1 245 875	2 544
2005	3 201.8	35.6	2 262 160	30.4	1 415	1 215 989	2 633
2006	3 308.7	35.4	2 178 397	29.1	1 519	1 182 675	2 798
2007	3 420.5	35.1	2 271 950	30.1	1 506	1 225 436	2 791
2008	3 398.3	47.6	2 249 481	29.5	1 511	1 211 670	2 805
2009	3 542.4	48.8	2 355 002	30.5	1 504	1 229 418	2 881

Source : OFSP (2011a), *Statistiques de l'assurance maladie en 2009*.

Dans l'ensemble, le subventionnement des primes est un moyen efficace d'atténuer la nature régressive des primes d'assurance maladie à laquelle tous les adultes (ayant ou non un emploi) et les enfants sont confrontés. Cependant, comme les seuils d'éligibilité diffèrent ainsi que les montants des aides à la réduction des primes, la charge effective des primes⁵ continue de différer d'un canton à l'autre entre les ménages ayant un même niveau de revenu (voir graphique 2.5 et OFSP, 2008). Toutefois, ces différences ne sauraient s'interpréter indépendamment des disparités en termes de fiscalité et de niveau des primes. En outre, il subsiste des différences dans la charge effective de la prime entre les ménages habitant un même canton. Il est intéressant de noter qu'en octroyant des aides à la réduction des primes les pouvoirs publics suisses n'ont pas pour objectif explicite d'assurer l'équité horizontale en matière de financement de la santé. Qui plus est, les aides ne résorbent pas les inégalités en matière de financement de la santé résultant des dépenses à la charge des patients, comme la participation aux coûts et les franchises, indépendantes du revenu des ménages.

Graphique 2.5. Charge moyenne des primes LAMal après versement des aides à la réduction des primes, en pourcentage du revenu disponible, pour cinq types de ménages, en 1998, 2002 et 2007



Source : OFSP (2008), *Monitoring 2007*.

Les primes progressant plus rapidement que le revenu ou les aides, ces dernières années, leur poids s'alourdit. Cependant, ce phénomène s'est quelque peu atténué en 2007, d'après les informations fournies par les autorités suisses. Pour quatre ménages types (retraité vivant seul, ménage monoparental à faible revenu et ayant deux jeunes enfants, famille avec quatre enfants et famille appartenant à la classe moyenne et ayant deux enfants), la charge effective moyenne de la prime est passée de 5.6 % en 1998 à 7.4 % en 2002, et représentait 8.9 % du revenu disponible des ménages en 2007 (voir graphique 2.5, et aussi OFAS, 2003 ; OFSP, 2008).

Les différences entre les primes et entre les aides à la réduction des primes se traduisent par des inégalités considérables sur le plan du financement de la santé à l'intérieur des cantons et d'un canton à l'autre. Selon diverses parties prenantes, les inégalités entre les cantons sont considérées comme une conséquence acceptable d'un système fédéral.

Cependant, on manque d'analyses fournissant des éléments concrets sur le degré des inégalités en matière de financement de la santé. Plus précisément, les données actuelles des enquêtes sur les ménages ne comprennent pas d'informations détaillées sur le montant des aides à la réduction des primes versées aux ménages, d'où la difficulté d'analyser la charge effective des primes par catégorie de revenu. Il est donc recommandé que les autorités suisses collectent de plus amples informations sur cet impact financier sur les ménages. L'adoption d'un système de primes basées sur le revenu permettrait non seulement d'assurer une plus grande équité sur le plan du financement de la santé, mais en outre de réduire les frais administratifs consacrés à la gestion du système de subventionnement des primes.

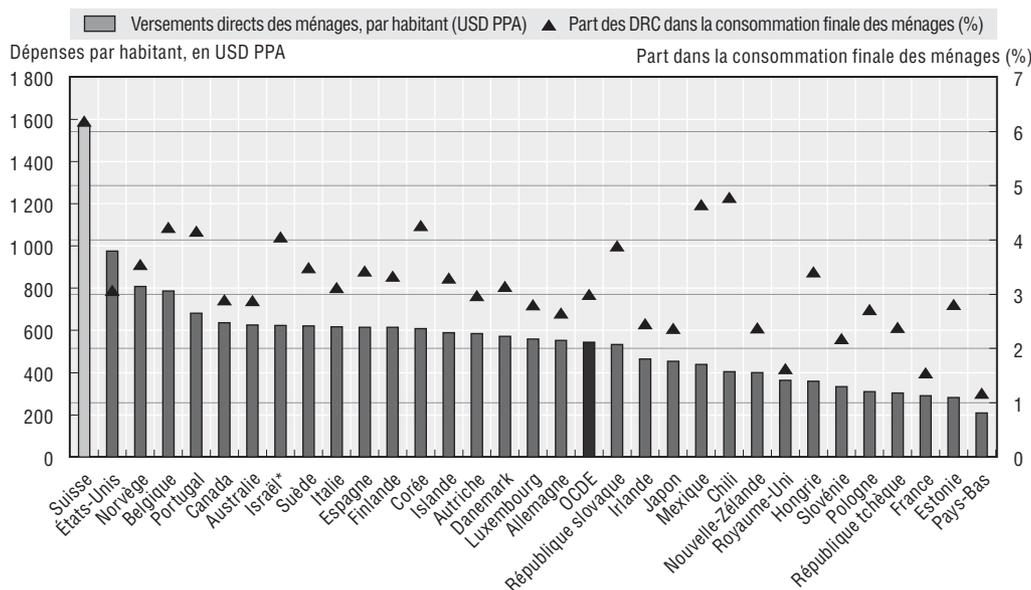
Le montant des dépenses de santé restant à la charge des patients suisses est relativement élevé

En Suisse, la participation au coût des services remboursés par l'assurance maladie revêt plusieurs formes. Tout d'abord, les personnes payent l'intégralité du coût des produits et services de santé dans la limite du montant de la franchise indiqué dans leur contrat d'assurance (300 CHF dans les contrats ordinaires pour les adultes). En cas de dépassement de franchise, les personnes payent 10 % du coût des soins de santé dans la limite annuelle de 350 CHF pour les enfants et 700 CHF pour les adultes. Les patients bénéficiant de soins hospitaliers doivent, en outre, s'acquitter d'une contribution forfaitaire journalière de 15 CHF.

Plusieurs groupes de population sont exonérés, partiellement ou entièrement, de la participation aux coûts. Dans les contrats d'assurance ordinaire, les enfants sont dispensés de franchise. De plus, le montant total de la participation aux coûts versée par les familles ayant plusieurs enfants au titre de leurs frais de santé ne peut excéder le plafond fixé pour un adulte pour la franchise et la quote-part (1 000 CHF). En outre, il n'y a pas de participation aux coûts pour les soins liés à la maternité. Le plafonnement des dépenses et l'exemption de la participation aux coûts sont deux importants mécanismes pour limiter le montant des dépenses de santé restant à la charge des patients. Cependant, ils sont indépendants du revenu des ménages, de sorte que les ménages à bas revenu peuvent se retrouver sans protection financière face à un reste à charge élevé, même en deçà des plafonds.

En comparaison internationale, le montant des dépenses de santé restant à la charge des patients en Suisse est élevé. Avec 30 % des frais de santé payés par les ménages, la Suisse se classait au cinquième rang des pays de l'OCDE, en 2009, derrière le Chili, le Mexique, la Grèce et la Corée (OCDE, 2011). Le montant des dépenses restant à charge par habitant, en Suisse, est nettement plus élevé que dans tout autre pays de l'OCDE : il est supérieur de 60 % par rapport aux États-Unis et près du triple de la moyenne de l'OCDE. Il représente 6 % de la consommation finale des ménages, soit le taux le plus élevé de la zone de l'OCDE. C'est quatre fois plus que dans les deux pays enregistrant les taux les plus faibles : la France et les Pays-Bas (voir graphique 2.6). Cependant, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence. On sait que le Système de comptes de la santé (SCS) de plusieurs pays sous-estime la contribution des ménages au coût des soins de longue durée (qui représente un tiers des dépenses restant à charge en Suisse). En outre, les bénéficiaires suisses de soins de longue durée reçoivent souvent des prestations monétaires pour les aider à faire face à leur dépenses, lesquelles ne sont pas, par définition, prises en compte dans les données du SCS, mais allègent manifestement la charge financière des ménages (voir chapitre 1, section 1.5).

Graphique 2.6. **Versements directs des ménages pour les soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2009**



Note : Les données relatives à l'Australie et au Japon se rapportent à l'année 2008. Les données relatives aux DRC par habitant se rapportent à l'année 2008 pour le Portugal, 2007 pour la Turquie et l'Autriche et 2006 pour les Pays-Bas. Les données relatives à la part des DRC dans la consommation finale des ménages se rapportent à 2008 pour l'Autriche et 2007 pour le Portugal.

DRC : Dépenses restant à charge.

* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

La contribution des ménages au coût des soins de santé englobe différents types de paiements : ticket modérateur pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, et, dans certains pays de l'OCDE, paiements informels (Hongrie, République tchèque et Pologne) ou coûts payés par les non-assurés (États-Unis, Mexique et Turquie). En Suisse, en 2009, les versements directs des ménages pour les soins de santé correspondaient principalement (85 %) à des dépenses pour des soins et services de santé non couverts par l'assurance maladie. Les soins de longue durée représentaient 35,5 % des versements directs des ménages, les services médicaux et diagnostiques courants 20 % (dont plus de la moitié sous la forme d'une participation aux coûts), et les soins dentaires 18 % (Éco-santé OCDE 2011).

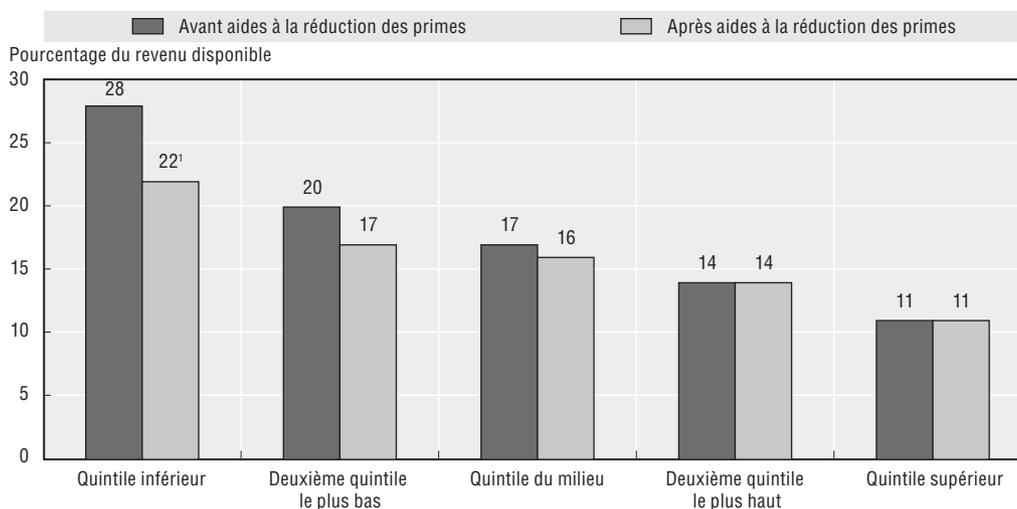
Les dépenses restant à charge sont généralement régressives et, par conséquent, constituent le moyen le moins équitable de financer les soins de santé. Dans les pays riches, les consommateurs sont davantage susceptibles de dépenser pour des soins « non essentiels », comme une chambre particulière à l'hôpital ou de multiples produits pour la vue, et ces choix de consommation ne posent aucun problème d'équité. En Suisse, toutefois, les dépenses des ménages sont apparemment consacrées à des services importants (en particulier les soins de longue durée et les soins dentaires). En outre, selon toute vraisemblance, le fait que les consommateurs sont de plus en plus nombreux à choisir des polices à franchise élevée augmentera le montant des dépenses en soins « essentiels » restant à la charge des patients et affaiblira la solidarité du système d'assurance maladie suisse. Il conviendrait donc que les autorités suisses suivent de près la nature des versements des usagers du système de santé suisse et leur impact sur les

groupes à bas revenu. Il faudrait que les données des enquêtes auprès des ménages permettent de mieux retracer les dépenses restant à charge nettes des remboursements des assureurs maladie⁶ et de mesurer les dépenses restant à charge par catégorie de revenu.

Les contributions au financement des dépenses de santé ne sont pas équitables

Il existe des inégalités en matière de dépenses de santé entre les quintiles de revenu – en ce qui concerne les primes et les dépenses restant à charge. Même en tenant compte des aides à la réduction des primes, les dépenses de santé du quintile de revenu inférieur, exprimées en pourcentage du revenu disponible des ménages, sont nettement supérieures (22 %) à celles des autres quintiles de revenu (17 % au plus), comme le montre le graphique 2.7 (Iten et al., 2010).

Graphique 2.7. Dépenses de santé en 2007 par quintile de revenu (avant et après prise en compte des aides à la réduction des primes)



1. Ce chiffre est probablement surestimé parce que les allocataires sociaux sont sous-représentés dans l'enquête sur le budget des ménages et que, de ce fait, la charge des dépenses ne tient pas compte de leurs aides à la réduction des primes. L'effet de nivellement induit par les aides à la réduction des primes a donc probablement été sous-estimé pour le quintile des revenus les plus bas.

Source : Iten et al. (2010).

Les dépenses de santé pèsent lourd pour les familles à bas revenu

Certains éléments indiquent que des personnes renoncent aux services de santé car les frais restant à leur charge sont élevés et que ce phénomène est lié à la situation socio-économique. D'après l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe réalisée en 2004-05, 3,7 % de la population suisse âgée de plus de 50 ans a déclaré avoir renoncé à se faire soigner au cours des 12 derniers mois. Par rapport aux autres pays couverts par l'enquête, ce taux est assez faible : seuls le Danemark et les Pays-Bas affichent des taux très inférieurs (respectivement 1,6 % et 2,5 %), et l'Allemagne et la France enregistrent chacun un taux de 6 % (Litwin et Sapir, 2009). Cependant, il ressort de l'étude qu'en Suisse les personnes ayant un faible revenu ont plus tendance à renoncer à solliciter des soins pour des raisons financières.

Dans une autre enquête transversale menée auprès de la population en Suisse, 14.5 % des répondants ont indiqué qu'ils renonçaient aux soins pour des raisons économiques, principalement aux soins dentaires, mais aussi à d'autres soins (Wolff et al., 2011). Les résultats de l'enquête par sondage aléatoire internationale 2010 du Commonwealth Fund sur la politique de santé montrent que 9 % des sondés ayant un revenu inférieur à la moyenne ont déclaré éprouver de graves difficultés à régler les frais médicaux ou ne pas en avoir les moyens, contre 2 % pour les sondés disposant d'un revenu supérieur à la moyenne. Dans le même ordre d'idées, seulement 67 % des sondés ayant un revenu inférieur à la moyenne estimaient ou étaient convaincus qu'ils seraient en mesure de payer les soins nécessaires (Schoen et al., 2010). On sait que les enquêtes fondées sur l'autodéclaration sont influencées par des attentes elles-mêmes influencées par des facteurs sociaux et culturels, et qu'elles ne peuvent donc donner qu'une image incomplète du poids financier. Cependant, les résultats obtenus concordent avec les données susmentionnées tirées de l'enquête sur le budget des ménages et confirment la nécessité de s'intéresser aux groupes les plus vulnérables de la population.

2.3. La concurrence sur les marchés de l'assurance maladie ne tient pas toutes ses promesses

Sur le marché de l'assurance maladie suisse, où l'enveloppe des prestations est identique pour chaque assuré et où l'accès aux prestataires n'est pas restreint, on s'attendrait à ce que les consommateurs choisissent leur assureur en fonction de deux critères principaux : la prime et la qualité des services fournis (par exemple, délai de remboursement, réactivité, etc.). En l'absence d'information sur la qualité des services d'assurance, les consommateurs sont censés accorder une importance prépondérante au prix, aussi les primes devraient-elles converger. Or les taux de changement d'assureur demeurent passablement faibles et il n'y a aucun signe de convergence des primes.

Les taux de changement d'assureur restent faibles, bien qu'en hausse au cours de la récente période

Les usagers peuvent choisir leur assureur maladie dans leur canton de résidence ou de travail. En moyenne, les consommateurs disposent d'un large choix, avec 59 assureurs proposant chacun différentes polices. Les consommateurs ont le droit de changer de police et/ou d'assureur tous les six mois, en juin et en décembre, moyennant un préavis de trois mois donné à l'assureur. Lorsqu'un assureur annonce une modification (hausse ou baisse) de la prime de l'année suivante, le délai de préavis est ramené à un mois.

Les consommateurs peuvent se renseigner sur des sites Internet dédiés, qui affichent la liste complète des possibilités (en termes d'assureurs et de polices facultatives) et les primes correspondantes, pour un ensemble de caractéristiques donné (commune de résidence, composition du ménage, montant des franchises pour chaque membre de la famille), ainsi qu'une « note de satisfaction » fondée sur une enquête non exhaustive.

Les taux de changement ne sont pas connus avec certitude parce que les assurés qui changent d'assureur ne sont pas enregistrés comme tels. Chaque assureur connaît le nombre des nouveaux souscripteurs et des souscripteurs « perdus » mais ne fait pas de distinction avec les autres nouveaux assurés (nouveau-nés, résidents nouveaux dans le canton) ou les autres motifs de départ (décès, déménagement). En 2009, les assureurs ont accepté 961 884 nouveaux souscripteurs, nouveaux résidents et nouveau-nés inclus, ce qui représente 12.5 % du nombre total des assurés (OFSP, 2011a). Selon les estimations

disponibles, les taux de changement ont fluctué autour de 3 à 5 % par an entre 1997 et 2008, mais semblent avoir augmenté récemment à la suite de la hausse des primes (d'après les entretiens). Il est surprenant de constater que les taux de changement sont souvent faibles dans des pays où les assureurs maladie se font concurrence. En 2008, seulement 3.5 % des assurés ont changé d'assureur aux Pays-Bas et 3 % en République tchèque (Paris *et al.*, 2010).

Frank et Lamiraud (2009) ont examiné les facteurs explicatifs de la mobilité en matière d'assurance, en Suisse, entre 2000 et 2004. Ils ont constaté que, toutes choses égales par ailleurs, les consommateurs étaient plus enclins à changer d'assureur quand ils avaient moins de choix et plus à gagner au changement (en termes de prix relatif qu'ils payent par rapport aux autres solutions). *A contrario*, les consommateurs étaient moins disposés à changer d'assureur lorsque cela faisait longtemps qu'ils avaient souscrit leur police en cours. La caractéristique « intention de changer », telle que déclarée dans l'enquête auprès des ménages, était généralement associée à un sentiment de mécontentement à l'égard de leur police en cours. L'impact de la détention d'une police d'assurance complémentaire était moins manifeste, même s'il est apparu que cette détention compliquait le choix et réduisait la probabilité de changer d'assureur. Une autre étude (Dormont *et al.*, 2009) a montré que la détention d'une police d'assurance maladie complémentaire diminuait substantiellement la probabilité de changer d'assureur, sauf quand le détenteur de la police s'estime en « très bonne » santé. Les auteurs concluent que les personnes ayant un « mauvais » profil de risque craignent probablement de voir leur demande de souscription d'une assurance complémentaire rejetée par le nouvel assureur. Ce résultat explique de façon convaincante la faiblesse des taux de changement observés en Suisse. Depuis 2007, sur les 88 % de personnes détenant au moins un contrat d'assurance maladie complémentaire, seulement 9 % ont souscrit un contrat auprès d'un autre assureur que leur assureur LAMal (Lamiraud, 2011).

La fragmentation augmente les coûts administratifs et les primes

Comme, en Suisse, l'assurance maladie est fournie au sein des cantons, la fonction de mutualisation des risques *via* le système d'assurance se limite au niveau cantonal. Avec 26 cantons pour 7.7 millions d'habitants, le système est très fragmenté. En outre, les polices d'assurance proposées se déclinent en une multitude de différents contrats, comme les contrats d'assurance ordinaire, les contrats de *managed care*, les contrats de services de soins primaires, les contrats avec bonus et les contrats à franchise élevée (comme indiqué précédemment). Qui plus est, les assureurs peuvent fixer des primes différentes pour au maximum trois régions dans un même canton. Par exemple, dans le canton d'Argovie (600 000 habitants), il y a 63 assureurs et plus de 1 300 polices/niveaux de primes différents pour le seul groupe des adultes âgés de plus de 25 ans (OFS, 2010). Généralement, les systèmes fragmentés ne parviennent pas à assurer une péréquation complète entre les bien-portants et les malades, car la plupart des mécanismes de compensation des risques n'empêchent pas totalement la sélection des risques.

Les systèmes à caisses multiples, en particulier de taille restreinte, s'accompagnent souvent de frais administratifs comparativement élevés (Carrin et James, 2005), car la duplication des structures empêche d'exploiter pleinement les économies d'échelle possibles. De surcroît, un mécanisme de compensation des risques génère aussi des frais administratifs supplémentaires. Ainsi, comme dans d'autres pays ayant un système de caisses d'assurance maladie multiples, notamment l'Allemagne, le Luxembourg et la

France, en Suisse les frais administratifs de l'assurance maladie sociale et de l'assurance maladie privée sont relativement élevés. Ces frais représentaient respectivement 5.9 % et 17.0 % du total des coûts de l'assurance maladie, chiffres supérieurs à la moyenne des pays de l'OCDE à revenu élevé (3.8 % et 12.7 %), au cours de la période 2000-07 (Mathauer et Nicolle, 2011). De nouvelles mesures destinées à optimiser l'efficacité de l'administration pourraient donc viser aussi à réduire les frais des assureurs maladie suisses. En outre, la compensation des risques est plus difficile lorsque le degré de mutualisation est faible, ce qui influe sur le niveau des primes.

Les assureurs maladie se font concurrence principalement par la sélection des risques

En Suisse, l'enveloppe des prestations d'assurance maladie est uniforme, la participation aux coûts est définie au niveau central (y compris les « options spéciales » disponibles) et les assureurs sont tenus de passer contrat avec tout prestataire. Parallèlement, il n'y a presque aucune information sur la qualité des services des prestataires, et quand bien même ce type d'informations serait disponible, les assureurs maladie ne pourraient pas vraiment en profiter dans le cadre actuel. Le prix des services de santé est le plus souvent négocié au niveau cantonal pour tous les assureurs et pour tous les prestataires, à quelques exceptions près⁷. Toutes ces caractéristiques ne laissent guère d'autre choix aux assureurs maladie que de sélectionner les risques et de réduire les frais administratifs pour soutenir la concurrence sur les primes ou la qualité des services de santé.

Van de Ven *et al.* (2007) ont dressé la liste des stratégies s'offrant aux assureurs pour sélectionner les bons risques malgré leur obligation d'accepter toute personne souhaitant s'affilier. Cette liste comprend les stratégies suivantes :

- Assurer la commercialisation au moyen de campagnes publicitaires ciblant les personnes en meilleure santé.
- Pratiquer une contractualisation sélective en passant contrat avec les prestataires (par exemple, dans le cadre de contrats de *managed care*) susceptibles d'attirer les personnes en meilleure santé qui sont plus disposées à accepter un choix limité de prestataires.
- Définir la couverture de l'assurance complémentaire et fixer les primes de manière à attirer les personnes présentant un faible profil de risque.
- Proposer exclusivement des contrats à franchise élevée, ce qui compensera la présence de personnes à profil de risque élevé dans l'effectif des souscripteurs.
- Créer des conglomérats d'assurance pour orienter les nouveaux souscripteurs vers des contrats spécifiques en fonction de leurs risques en matière de santé ; l'efficacité de cette stratégie réside le plus souvent dans le nombre faramineux des différents contrats proposés, qui réduit la possibilité pour le consommateur d'être pleinement informé.
- Identifier les risques élevés au moyen d'une déclaration sur l'état de santé pour les personnes sollicitant une assurance complémentaire.
- Allonger les délais de remboursement pour les personnes souffrant d'une maladie chronique afin de les inciter à résilier leur assurance.
- Ne plus exercer d'activité d'assurance dans les segments de marché où les patients coûtent cher.

Nombre de ces stratégies sont tout à fait réalisables pour les assureurs maladie suisses. Il est difficile de savoir dans quelle mesure ils les mettent effectivement en œuvre.

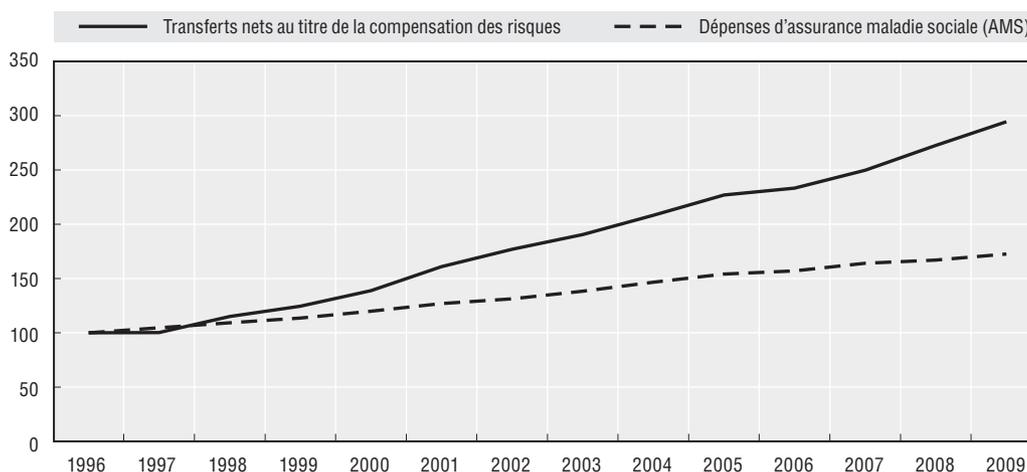
La prise en compte d'un facteur de risque supplémentaire dans la formule de compensation des risques est un progrès, mais pourrait ne pas suffire

La compensation des risques est jugée nécessaire pour que les assureurs ne soient pas incités à choisir les « bons » risques, compte tenu, en particulier, de l'obligation de tarification uniforme et des grandes différences dans la structure des risques des assureurs dans chaque canton. Initialement, le mécanisme de compensation des risques ne reposait que sur deux facteurs de risque simples : l'âge et le sexe. Diverses études ont montré que ces deux facteurs n'expliquent qu'un très faible pourcentage (6 %) de la variation des dépenses (Holly *et al.*, 2004, Beck, 2004). Les 30 classes de risque existantes (15 catégories selon l'âge et 2 selon le sexe) étant très hétérogènes, elles ne réduisent les incitations à la sélection des risques que dans une mesure limitée. *A contrario*, il est intéressant pour les assureurs de sélectionner les risques (Beck *et al.*, 2010). Les problèmes posés par le système existant fondé sur deux facteurs de risque ont été mis en évidence dans plusieurs études (pour une vue d'ensemble, voir OCDE et OMS, 2006 ; Beck *et al.*, 2010 ; Leu *et al.*, 2009). En particulier, les grands conglomérats d'assurance ayant des filiales sont en mesure de proposer des polices d'assurance différentes à divers niveaux de primes et peuvent chercher à orienter les nouveaux demandeurs vers les contrats d'assurance adaptés à leur niveau attendu de risque sanitaire (Hammer *et al.*, 2008).

L'ampleur de la sélection des risques se reflète également dans les écarts importants et persistants qui existent entre les primes proposées par les assureurs à l'intérieur d'un même canton (voir la section 2.1 de ce chapitre). En outre, la distribution des structures de risque devient de plus en plus inégale – le graphique 2.8 ci-dessous montre que le volume des transferts au titre de la compensation des risques a progressé plus rapidement que les dépenses d'assurance maladie sociale.

Un troisième et nouveau facteur de risque – hospitalisation d'une durée supérieure à trois jours au cours de l'année précédente – a été inclus dans la formule de compensation des risques et sera appliqué à partir de janvier 2012. Ce nouveau facteur de risque – « l'hospitalisation antérieure » – devrait faire reculer la pratique de la sélection des

Graphique 2.8. Évolution comparative des transferts nets au titre de la compensation des risques et des dépenses d'AMS au cours de la période 1996-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; Sutter et Wunderlin (2009).

risques, comme des études de simulation l'ont montré (Beck *et al.*, 2010), mais dans une moindre mesure que les groupes de coûts pharmaceutiques. S'il n'empêchera pas totalement la pratique de la sélection des risques, il sera néanmoins désormais également rentable pour les assureurs d'investir dans l'innovation de produits, c'est-à-dire de développer davantage les contrats de *managed care* (Hammer *et al.*, 2008).

Encadré 2.1. La compensation des risques en Allemagne et aux Pays-Bas

Le mécanisme allemand de compensation des risques fondé sur la morbidité, et les premières expériences

En 2009, une caisse d'assurance maladie centrale a été créée pour regrouper les ressources financières du système d'assurance sociale obligatoire. Le mécanisme de compensation des risques a été refondu en 2009 en prenant en compte les morbidités dans le calcul du montant des versements/transferts au titre de la compensation des risques et en passant à un système prospectif. En plus des 20 catégories d'âge pour chacun des deux sexes et des six niveaux d'indemnités d'invalidité, la charge de morbidité est prise en considération pour 80 maladies. Compte tenu des différents degrés de gravité, cela donne 106 « groupes hiérarchiques de morbidité ». Les critères de sélection qui leur ont été appliqués sont les maladies chroniques très onéreuses ou les maladies difficiles à traiter qui génèrent un coût supérieur à la moyenne. Ce sont les médecins, et non les assureurs, qui procèdent au codage de la morbidité. Il est important de noter que les données relatives aux patients auxquels un code de morbidité a été attribué sont anonymisées avant d'être envoyées à la caisse centrale d'assurance maladie, depuis laquelle les versements modulés en fonction des risques sont effectués en faveur des assureurs.

Une première évaluation de l'impact de ce nouveau mécanisme de compensation des risques est globalement positive : les incitations à la sélection des risques pourraient être réduites, le volume des transferts entre les caisses d'assurance maladie ayant extrêmement changé. Les transferts de fonds calculés selon la nouvelle formule pour les malades ont réduit substantiellement l'écart financier par rapport au coût intégral. Ainsi donc, les malades ne sont plus seulement des « mauvais risques » : l'investissement dans les programmes de soins en vaut désormais la peine. Cependant, les bien portants ont toujours le meilleur profil de risque puisque le montant des transferts les concernant (dépenses normalisées) demeure supérieur à ce qu'ils coûtent. Les actions préventives en matière de santé sont rentables, car une caisse d'assurance maladie y gagne lorsque l'un de ses affiliés se porte mieux que l'année précédente.

Fait très important, la rémunération des prestataires est fondée de même sur la morbidité. Des groupes homogènes de maladies sont utilisés depuis 2004 pour les soins hospitaliers et des volumes de services normalisés sont maintenant utilisés pour fixer la rémunération des prestations médicales ambulatoires, afin d'axer davantage les ressources financières sur le patient.

Cependant, des critiques ont été émises. Les assureurs trouvent la planification financière et la budgétisation difficiles. L'Association fédérale des médecins de l'assurance maladie obligatoire signale des manipulations par le jeu d'alliances entre assureurs et prestataires, qui aboutissent à un surcodage. Les assureurs, par contre, soulignent la nécessité d'un « bon codage ». En outre, aucune évaluation systématique de ce nouveau mécanisme n'est prévue ou envisagée.

Encadré 2.1. La compensation des risques en Allemagne et aux Pays-Bas (suite)

Le système néerlandais de compensation des risques fondé sur plusieurs facteurs de risque

Le système néerlandais de compensation des risques repose sur les facteurs de risque suivants : âge, sexe, types de revenu (cinq catégories), dix régions (en fonction du degré d'urbanisation, de la proportion d'immigrants, du niveau de revenu moyen, de la proportion de personnes seules, des probabilités de mortalité standardisées, de l'accès aux hôpitaux et aux soins ambulatoires, du nombre de lits pour soins de longue durée), 20 groupes de coûts pharmaceutiques, et 10 groupes de coûts par diagnostic. Ces deux dernières variables d'ajustement des risques ont été ajoutées respectivement en 2002 et en 2004, et sont de nouveaux paramètres importants du mécanisme de compensation des risques. Les groupes de coûts pharmaceutiques sont un indicateur de la morbidité dans le secteur ambulatoire, qui est basé sur l'utilisation des médicaments prescrits dans le passé, et les groupes de coûts par diagnostic donnent une estimation des dépenses hospitalières futures sur la base des diagnostics hospitaliers. Ces deux variables d'ajustement des risques permettent d'expliquer plus de 20 % de la variation globale des dépenses annuelles des individus.

Dans une étude couvrant cinq pays réalisée par Van de Ven et al. (2007), cependant, les profits résultant de la sélection des risques sont encore jugés « appréciables/élevés » aux Pays-Bas. En fait, malgré un ensemble fourni de facteurs de risque, les assureurs néerlandais disposent encore d'un certain nombre d'outils de sélection des risques, voire plus qu'avant les réformes de 2006. Ils ont, entre autres, la possibilité d'organiser du *managed care*, de déterminer dans une certaine mesure l'éventail exact des prestations couvertes, de vendre une assurance complémentaire avec une assurance obligatoire de base et de proposer des remises d'au maximum 10 % sur les primes dans le cadre de contrats de groupe. L'exemple des Pays-Bas montre qu'en sus d'un solide dispositif de compensation des risques, d'autres questions jouent un rôle crucial dans la conception d'un système d'assurance.

Source : AOK Federal Association (2011) ; Schang (2009) ; ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport (2008) ; Van de Ven et al. (2007).

D'un autre côté, il est peu probable que ce nouveau facteur entraîne un allongement de la durée des séjours. Avec les groupes de coûts par diagnostic (DRG), les prestataires hospitaliers seront davantage incités à maintenir courte la durée moyenne du séjour, et il n'est pas certain que les assureurs puissent exercer des pressions sur les prestataires. Cependant, cela pourrait se produire dans le cas des contrats de *managed care* : les assureurs pourraient faire pression sur les prestataires pour qu'ils gardent certains patients (à faible coût) plus de trois jours afin de recevoir au titre de la compensation des risques des versements plus élevés. Le dispositif actuel de compensation des risques pose un autre problème : le mécanisme actuel de rémunération à l'acte des prestataires pour les soins ambulatoires rend incertain pour l'assureur le montant total des dépenses. Cela donne aux assureurs une raison supplémentaire de pratiquer la sélection des risques.

Les simulations effectuées par l'Institution commune LAMal ont montré que la somme redistribuée entre les assureurs n'augmentera que de 2-3 % au total, par rapport à son niveau actuel de 25 %, quand bien même les paiements/transferts varieraient de façon spectaculaire pour certains assureurs. Ce nouveau facteur de risque n'est donc qu'un

moyen transitoire ; il a été reconnu comme étant une solution de compromis. L'objectif à long terme devrait être d'employer des facteurs de risque basés sur la morbidité, comme cela se fait dans d'autres pays. De fait, des discussions sur les facteurs de risque basés sur la morbidité sont en cours, et les parties prenantes suisses entendent inclure des facteurs de risque plus efficaces dans un futur proche. À l'évidence, il y aura toujours une certaine sélection des risques, puisque les assureurs seront en mesure de différencier les séjours hospitaliers sans complications de ceux avec complications, même *via* leurs facturations.

Il est clair, cependant, que les assureurs ne sont pas seuls à pratiquer la sélection des risques : de même, les assurés sélectionnent les contrats et les assureurs en fonction de leur profil de risque sanitaire (et des dépenses de santé anticipées). C'est ce que traduit le fait que les personnes jeunes, en bonne santé et ayant un assez bon niveau de formation changent plus souvent d'assureur, généralement pour abaisser le montant de leurs primes. Or ce groupe est également plus enclin à choisir un contrat de *managed care* (Leu *et al.*, 2009). Comme en Allemagne et dans d'autres pays, la liberté de choisir son assureur n'a pas abouti à une nouvelle répartition (plus équilibrée) des risques entre les assureurs. La plupart des consommateurs, en particulier ceux présentant un risque sanitaire plus élevé, choisissent de rester chez leur assureur.

La compensation des risques est basée rétrospectivement sur les dépenses effectives, ce qui incite moins à l'efficacité et à la maîtrise des coûts. Il serait donc souhaitable de passer à un calcul prospectif de la formule de la compensation des risques. Non seulement cela facilitera le calcul des primes mais, en outre, cela encouragera, à terme, les assureurs à mettre davantage l'accent sur l'efficacité.

Le mécanisme de compensation des risques est lié au canton et organisé par canton. Il ne sert donc pas à résorber les écarts observés entre les cantons en matière de dépenses d'assurance maladie sociale par habitant. L'organisation par canton du dispositif de compensation des risques se reflète dans la très grande variabilité des dépenses types consacrées à la compensation des risques selon les cantons. Par exemple, pour le groupe à risque des femmes de 19-24 ans, les dépenses types (paiements), en 2009, au titre de la compensation des risques varient de 93 CHF à 211 CHF (données 2009 provenant de l'Institution commune LAMal).

Cette forte fragmentation dans un pays peu peuplé fait se poser la question de l'assureur maladie unique. En théorie, un assureur unique pourrait mutualiser les risques plus efficacement. Face à des mécanismes de compensation des risques qui seront imparfaits tant que des incitations à la sélection des risques subsisteront, un assureur unique devrait, en principe, permettre de mieux garantir l'équité au sein de la population en matière de financement de la santé, avec une forte capacité d'achat, outre qu'il devrait permettre de réduire les frais administratifs. Il est aussi plus enclin à accorder une plus grande attention à la prévention. Un système d'assureur unique présente donc d'importants avantages. Mais il a aussi des inconvénients puisqu'il supprime la possibilité pour les consommateurs de choisir, peut inhiber l'innovation en matière de produits d'assurance ou risque d'aboutir à une offre insuffisante et au rationnement des soins de santé lorsque les prix négociés sont trop bas (OCDE et OMS, 2006).

L'abandon du système d'assureurs multiples au profit d'un système d'assureur unique constitue indéniablement un défi de taille, mais la Corée a montré qu'il est possible de fusionner les caisses en une caisse unique en procédant par étapes (Mathauer *et al.*, 2009). Cependant, cela s'avérerait vraisemblablement très difficile pour la Suisse, qui a une

longue tradition d'assureurs multiples depuis plus d'un siècle, une forte préférence pour la liberté de choix et, reflet de son fédéralisme, un attachement pour l'organisation cantonale. Il faut également prendre en considération le montant considérable des coûts de transaction et, surtout, la question de savoir où affecter tout le personnel des assureurs maladie actuels. Une telle proposition de réforme doit donc faire l'objet d'une évaluation critique en termes d'implications financières générales, de mise en œuvre concrète et de faisabilité politique (Mathauer et Carrin, 2011). En fait, la possibilité d'instaurer un système d'assureur unique en Suisse a déjà été rejetée à plusieurs reprises, jusqu'à présent, par la population, encore qu'une nouvelle initiative ait été lancée en 2011.

Les plans de managed care ont pris leur essor depuis 2006, mais la « gestion » des soins par les assureurs reste limitée

Depuis 1996, les assureurs sont autorisés à proposer d'autres formes de contrats d'assurance maladie. Parmi elles, les « plans de *managed care* » prévoient que les assurés doivent suivre des parcours de santé particuliers et/ou solliciter des soins auprès d'un réseau restreint de prestataires en contrepartie d'une prime d'assurance maladie inférieure.

Les plans de *managed care* prennent différentes formes en Suisse, avec ou sans contrat formel entre assureurs et prestataires (voir l'encadré 2.2). Jusqu'en 2004, seule une faible proportion des assurés (moins de 10 %) choisissait ces plans d'assurance maladie. Depuis, la part de la population optant pour les plans de *managed care* a augmenté pour atteindre 36.9 % en 2009. Un projet de loi vise à promouvoir une forme particulière de *managed care* : les réseaux de soins intégrés⁸, qui sont actuellement plus nombreux dans les cantons alémaniques et à Genève que dans les autres régions de Suisse romande ou en Suisse italienne.

Généralement, les réseaux de soins intégrés imposent une certaine forme de filtrage, assuré principalement par les médecins généralistes. Les patients ne peuvent accéder aux spécialistes et aux hôpitaux que sur prescription médicale (sont exclus de cette restriction les pédiatres, les ophtalmologistes, les gynécologues et les services d'urgence).

On ne sait pas bien dans quelle mesure les réseaux de *managed care* qui existent actuellement améliorent la qualité et l'efficacité des prestations de soins gérés. Par nature, l'impact des soins gérés est difficile à évaluer et à dissocier de la sélection des risques, car ces formes particulières de contrat sont connues pour attirer des personnes ayant un bon profil de risques en matière de santé (Conklin et Nolte, 2010). C'est pourquoi la comparaison, ajustée selon l'âge et le sexe, des dépenses de santé des détenteurs d'une police de soins gérés à celles des autres assurés ne suffit pas pour estimer les économies réalisées grâce aux soins gérés.

D'après Beck *et al.* (2009), seulement deux études ont estimé les économies de coût réalisées grâce au *managed care* à partir de données sur la Suisse et en employant une méthodologie appropriée. Lehmann et Zweifel (2004) ont estimé que le différentiel de coût entre les détenteurs d'une police de *managed care* et les autres assurés variait de 34 % (pour les associations de praticiens indépendants) à 62 % pour les HMO au cours de la période 1997-2000. Dans le cas des HMO, les gains d'efficacité expliquaient les deux tiers du différentiel de coût, et la sélection des risques le dernier tiers. Dans le cas des associations de praticiens indépendants (IPA) et des organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels (PPO), le différentiel de coût était moindre (respectivement 34 % et

Encadré 2.2. *Managed Care* et réseaux de soins intégrés, en Suisse, en 2011

En Suisse, les plans de *managed care* revêtent différentes formes :

- Dans les « modèles avec contrat », les assureurs maladie passent contrat avec des réseaux de médecins, des réseaux de soins coordonnés (HMO) ou des centres d'appels.
 - ❖ Il existe deux types de HMO : les modèles avec personnel, dans lesquels les médecins sont employés par l'assureur maladie qui est propriétaire du HMO (forme la plus courante), et les modèles de groupe, dans lesquels les médecins sont propriétaires du HMO. Dans les HMO, les professionnels de santé, qui perçoivent généralement leur rémunération sous forme de salaire, assurent différents types de soins dans des centres de santé. En termes de choix des patients, les HMO sont en général un peu plus restrictifs qu'un réseau de médecins parce que les patients peuvent choisir leur centre, mais non leur médecin traitant.
 - ❖ Dans un réseau de médecins, les médecins (généralement des spécialistes) s'engagent à dispenser une formation médicale continue à leurs membres, à effectuer un travail de gestion de la qualité (le plus souvent en participant à des cercles de qualité) et de contrôle de gestion. Les réseaux de médecins partagent souvent les risques financiers avec les assureurs par le biais de bonus/malus ou de paiements à la capitation. Les médecins sont rétribués par les assureurs au titre de leur participation à la formation médicale continue et à d'autres actions en faveur de la qualité. Les réseaux peuvent être des groupes médicaux intégrés ou des associations de praticiens indépendants (IPA) ou une combinaison des deux.

En 2010, il y avait 86 réseaux de médecins et HMO en Suisse, dont 84 % partageaient la responsabilité financière avec les assureurs. Dans ce type de contrat, les groupes de médecins et les assureurs maladie conviennent d'un objectif d'engagement de dépenses de santé pour un groupe de patients et partagent les gains et les pertes quand les coûts effectifs sont inférieurs ou supérieurs à l'objectif convenu. Les contrats stipulent l'objectif ainsi que les modalités de la répartition du risque financier. En 2007, les taux de capitation variaient de moins de 50 CHF pour un enfant n'ayant pas été hospitalisé au cours de l'année précédente à 1 200 CHF pour une personne de 90 ans ayant été hospitalisée au cours de l'année précédente. Les assureurs couvrent les cas extrêmes (par exemple, plus de 20 000 CHF). Les gains et les pertes sont plafonnés (par exemple, 3 000 CHF ou 10 000 CHF par an et par médecin).

Presque tous les réseaux ont mis en place des outils de gestion de la qualité : cercles de qualité (96 %), système de notification d'incident critique (53 %), utilisation de recommandations (41 %), communication aux assureurs maladie de données sur la qualité et/ou le coût (55 %). Les réseaux de médecins passent souvent contrat avec d'autres prestataires pour les services externes (hôpitaux, services d'urgence ou centres d'appels pour 43 %) et 51 % adressent leurs patients à des « prestataires préférés ».

- ❖ Les centres d'appels sont généralement des organismes indépendants, qui emploient des professionnels de la santé et qui passent contrat avec les assureurs pour assurer une fonction d'« aiguillage » des demandes de soins de santé.
- Dans d'autres modèles (sans contrat entre assureurs et prestataires), les assureurs établissent une liste de prestataires, sur la base de leurs propres critères, et les assurés ont un accès limité à ce réseau. Les prestataires ne prennent aucun engagement spécial et ignorent même, parfois, qu'ils figurent sur les listes des assureurs.

Selon Santésuisse, en 2010, 11.2 % des assurés avaient une assurance maladie de *managed care* avec coresponsabilité financière des médecins généralistes, et 32.4 % avaient un plan de *managed care* sans responsabilité financière des médecins généralistes. Les résidents du nord-est de la Suisse optent pour le système de *managed care* avec médecin référent plus souvent que leurs homologues des autres régions.

Source : Baumberger (2007) ; Berchtold et Peytremann-Bridevaux (2011).

39 %) et la sélection des risques expliquait une plus grande proportion du différentiel (deux tiers pour les IPA et un tiers pour les PPO). Beck et al. (2009) ont évalué la différence de coût entre les détenteurs d'une police de *managed care* et les autres assurés d'une caisse donnée en 2007. Ils ont trouvé que la sélection des risques expliquait la moitié du différentiel des coûts et ont estimé les gains d'efficacité réels à 8.7 % pour l'ensemble des 18 plans de *managed care* proposés par cet assureur.

Les études sur l'impact du *managed care* sur la qualité des soins sont rares et portent plus sur les procédures que sur les résultats en matière de santé. Une étude, reposant sur une enquête menée auprès de médecins, a montré que les membres des réseaux de médecins ont plus tendance à appliquer les composantes du Modèle de soins chroniques (Chronic Care Model) lorsqu'ils traitent des patients ayant une affection chronique que les membres d'un cabinet médical ou les médecins exerçant seuls (Steuer-Stey et al., 2010, cité par Berchtold et Peytremann-Bridevaux, 2011). Le partage de l'information est incontestablement un aspect positif des réseaux de *managed care* étant donné le potentiel que recèlent les technologies de l'information et de la communication en termes d'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins (OCDE, 2010). Selon l'organisation Forum Managed Care, 60 % des réseaux de médecins échangent des informations par voie électronique avec d'autres prestataires, et 30 % organisent la coopération avec les hôpitaux et les services d'urgence.

Une proposition de réforme, en gestation depuis 2002, vise à améliorer encore la coordination des soins par le biais des réseaux de soins intégrés. Cette proposition est examinée ci-dessous, ainsi que le projet de réforme sur la surveillance de l'assurance maladie.

2.4. Le programme de réforme

La proposition de réforme visant à développer les réseaux de soins intégrés

En 2002, le Conseil fédéral a évalué l'impact de la LAMal et conclu que les objectifs initiaux avaient généralement été atteints, à l'exception de l'objectif de maîtrise des coûts. Il ressort de son analyse que le *managed care* est une des solutions pour contenir les coûts. Le Département fédéral de l'intérieur a constitué un groupe de travail ayant pour mission de formuler des propositions en vue de favoriser le développement de *managed care*, en collaboration avec des experts et les parties prenantes (représentants des professionnels de la santé, établissements prestataires et assureurs). Ce groupe de travail a fait plusieurs recommandations : remplacer le terme « réseau restreint » par le terme « soins intégrés » ; mettre en place des mesures incitant au développement de ces réseaux ; ne plus imposer de durée minimale aux plans de soins intégrés ; mieux spécifier dans les contrats la coresponsabilité financière des groupes de prestataires et des assureurs ; autoriser les réductions de primes *ex post* en fin d'exercice, de même qu'une plus grande flexibilité dans la fixation des primes relatives aux plans de *managed care* ; autoriser, aussi, les contrats sélectifs avec les prestataires ; adopter le système de payeur unique pour le financement des soins hospitaliers ; et, améliorer la formule de compensation des risques. L'objectif initial de cette série de propositions était clairement la maîtrise des coûts.

Depuis lors, un projet de réforme a été présenté au Parlement (en 2004) et a été commenté par les parties prenantes. De nouvelles propositions ont été émises, comme imposer aux assureurs de proposer des plans à options, d'abaisser la participation aux coûts demandée aux patients optant pour ces plans (et, parallèlement, de relever celle des

patients qui ne choisissent pas ces plans). Un consensus s'est dégagé d'un groupe d'acteurs majeurs (FMH, Santésuisse, CDS, H+ et Fédération suisse des patients), qui sont tous d'accord sur les propositions suivantes :

- Les consommateurs doivent rester libres de choisir entre les plans de *managed care* ou d'autres plans.
- Les plans de *managed care* doivent prévoir obligatoirement un contrat entre les prestataires et les assureurs. Cela mettrait fin à la pratique des « listes de prestataires préférés », établies par les assureurs maladie sans critères de sélection transparents ni engagement de la part des prestataires sélectionnés.
- Les plans de *managed care* ne doivent pas exclure les patients souffrant d'affections chroniques et de pathologies multiples.
- Les assureurs doivent mettre en place des incitations financières pour les patients et les prestataires.
- Les patients doivent être autorisés à choisir un spécialiste comme médecin référent, et l'accès aux psychiatres doit être direct.

Ces dernières années, plusieurs pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques et des programmes dans l'intention d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins, notamment grâce à une meilleure coordination des soins (OCDE, 2010a). Ainsi, l'Allemagne a mis en place des programmes de gestion des maladies (*disease management*) et les Pays-Bas ont introduit de nouveaux systèmes de paiement pour promouvoir les soins intégrés (voir l'encadré 2.3). Ces expériences nous livrent plusieurs enseignements. Premièrement, ces programmes sont tous axés sur la gestion des maladies chroniques et sur les patients aux besoins complexes, autrement dit sur les cas présentant la plus forte charge de morbidité et les plus coûteux à soigner. Deuxièmement, lorsqu'ils sont bien conçus, ces programmes peuvent améliorer la coordination des soins et la qualité des soins en termes de procédures, quoique les effets sur les résultats en matière de santé sont plus difficiles à évaluer et pratiquement inconnus. Un autre enseignement est que la coordination des soins n'économise pas toujours de l'argent. Relever la qualité des soins est souvent coûteux, et ce coût n'est pas toujours compensé par les économies qu'une meilleure coordination permet de réaliser. Par contre, cela optimise assurément les dépenses du système de santé (OCDE, 2010a).

Les stratégies adoptées en Allemagne et aux Pays-Bas – deux pays relativement semblables à la Suisse à plusieurs égards – ont des points communs : des normes de soins (ou au moins des exigences minimales) ont été définies au niveau national par les parties prenantes sur la base des dernières données disponibles (médecine fondée sur les preuves). Les deux systèmes comprennent une certaine forme de suivi de la performance. Aux Pays-Bas, des groupes de soins doivent rendre compte d'un large ensemble d'indicateurs de performance, qui sont définis au niveau national. En Allemagne, la loi impose l'évaluation systématique des programmes de gestion de la maladie, condition préalable au renouvellement de l'accréditation. Ces obligations nécessitent l'emploi de systèmes d'information bien structurés. Dans les deux pays, l'accent est mis sur l'éducation des patients et l'autogestion de la maladie. La Suisse gagnerait certainement à être plus attentive aux expériences (bonnes ou moins bonnes) des autres pays pour élaborer des incitations à une meilleure coordination des soins.

Encadré 2.3. Les programmes de gestion des maladies et des cas en Allemagne et aux Pays-Bas

Les programmes de gestion des maladies et des cas en Allemagne

La loi de 2000 sur la réforme de l'assurance maladie sociale a renforcé les dispositions destinées à améliorer la coopération entre les médecins exerçant dans le secteur ambulatoire et les hôpitaux, par le biais de contrats sélectifs. Cela visait les patients atteints de maladies chroniques relevant du régime de l'assurance maladie sociale couvrant environ 88 % de la population allemande. Ainsi, des programmes de gestion des maladies (PGM) ont été introduits en 2002 initialement pour les diabètes de type II, le cancer du sein, les cardiopathies coronaires et les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Ils ont ensuite été étendus aux diabètes de type I, à l'asthme et aux insuffisances cardiaques. Les caisses d'assurance maladie ont été autorisées à passer contrat de façon sélective avec des prestataires pour permettre une gestion intégrée des maladies conformément à un protocole d'exigences minimales concernant les recommandations de traitement et l'aiguillage vers des spécialistes, l'assurance qualité, la documentation, la formation et l'information du prestataire et des patients, et l'évaluation trois ans après l'accréditation. Des contrats PGM ont été conclus de façon sélective entre les caisses d'assurance maladie et des médecins généralistes, et pour s'inscrire à un PGM les patients doivent accepter un prestataire spécifique. Les recommandations de traitement sont établies au niveau national par la Commission fédérale commune (G-BA), instance de décision regroupant les associations de médecins, de dentistes, d'hôpitaux et de caisses d'assurance maladie.

Jusqu'en 2008, les caisses d'assurance maladie recevaient du dispositif de compensation des risques un pourcentage plus élevé pour les patients inscrits à un PGM. Cela incitait fortement les assureurs à mettre en place des PGM. Par exemple, Schreyögg et Busse rapportent que les caisses d'assurance maladie recevaient une compensation plus élevée (de 2 600 EUR) pour une patiente atteinte d'un cancer du sein et inscrite à un PGM en 2003 (Schreyögg et Busse, 2005). Après s'être heurté au début à l'opposition des médecins qui craignaient une bureaucratisation, doutaient de la capacité des caisses d'assurance maladie à examiner les demandes de remboursement et les programmes des plans, et préféraient que les exigences soient plus axées sur les résultats, le PGM a fini par être mieux accepté par les prestataires et les patients. En novembre 2010, 5,9 millions de patients – soit quelque 7 % des affiliés du régime de l'assurance maladie sociale – étaient inscrits à un PGM et plus de 60 000 prestataires y participaient (site Internet de l'Association des médecins ambulatoires (KBV), www.kbv.de/themen/23272.html).

La loi exige l'évaluation des PGM, et un certain nombre d'évaluations de cas particuliers dans des cadres universitaires et institutionnels ont été réalisées, principalement par les caisses d'assurance maladie elles-mêmes. Les premiers résultats concernant les patients souffrant de pathologies cardio-vasculaires inscrits à un PGM par AOK, l'un des plus gros acteurs en assurance maladie sociale obligatoire en Allemagne, avec 24 millions d'assurés, font apparaître une réduction de la tension systolique et l'arrêt de la consommation de tabac chez environ un tiers des patients ; une diminution des douleurs thoraciques d'environ 15 % ; et une réduction notable des accidents coronaires graves et des infarctus ischémiques pendant les deux premières années de participation (AOK, 2009). L'étude comparative longitudinale ELSID sur les PGM concernant les diabètes de type II montre que les taux de participation des patients à leurs soins sont plus élevés et que les patients contribuent davantage à la fixation des objectifs de régime alimentaire et d'activité physique par rapport au groupe témoin. Une autre étude a conclu que patients inscrits à un PGM bénéficiaient d'un accompagnement d'une qualité nettement supérieure (Szecsenyi *et al.*, 2008). L'étude ELSID et les évaluations sélectives des diverses caisses d'assurance maladie font apparaître des réductions de coût mineures pour les patients inscrits à un PGM par rapport aux autres patients. Une étude plus récente (Stock *et al.*, 2010) a évalué l'impact des PGM concernant le diabète au bout de quatre ans. Ses auteurs admettent l'éventualité d'un biais de sélection du groupe témoin, mais les résultats n'en sont pas moins spectaculaires : les programmes diminuent de moitié le risque de mortalité (à quatre ans) et le risque d'insuffisance rénale chronique, d'un quart le risque d'infarctus du myocarde, de 20 % le risque d'accident vasculaire cérébral et de 40 % le risque d'amputation de la partie inférieure de la jambe. Enfin, le coût des soins était inférieur de 25 % pour les patients participant au PGM.

Encadré 2.3. Les programmes de gestion des maladies et des cas en Allemagne et aux Pays-Bas (suite)

Dans l'ensemble, d'importantes difficultés dans la définition des conditions d'une évaluation systématique des PGM allemands subsistent à l'heure actuelle, aussi ne peut-on tirer des conclusions générales sur l'efficacité des PGM en Allemagne (Schaufler, 2006).

Soins intégrés et paiements à la pathologie aux Pays-Bas

En 2010, le ministère néerlandais de la Santé a introduit un nouveau dispositif destiné à lever les obstacles financiers aux soins intégrés pour les patients atteints de maladies chroniques. Ce nouveau dispositif consiste en un paiement prospectif aux équipes multidisciplinaires de soignants de personnes atteintes de maladies chroniques. Le paiement couvre tous les services de soins de santé, mais exclut provisoirement les médicaments, les examens et les appareils médicaux. Prévu pour quatre affections chroniques, le programme a d'abord été mis en place pour deux d'entre elles, le diabète et les facteurs de risque cardio-vasculaire, avant d'être étendu aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et à l'insuffisance cardiaque.

Selon ce dispositif, les soins sont coordonnés par des groupes de prestataires (les « groupes de soins »). Les assureurs maladie passent contrat avec des groupes de soins sur la base d'un prix négocié par patient et par an, tenant compte de la combinaison anticipée de patients ayant une maladie chronique. Ensuite, les groupes de soins peuvent dispenser les soins eux-mêmes ou acheter des services de soins ambulatoires (consultations uniquement) à des cabinets de groupes de médecins généralistes, à des spécialistes ou à des infirmiers du secteur hospitalier ou à des prestataires exerçant seuls (par exemple, diététiciens et physiothérapeutes). Les négociations sur le contenu des soins de santé à donner se déroulent sur la base de « normes de soins », établies par les associations de prestataires et de patients et par les autorités chargées de la santé publique conformément aux directives en vigueur. Tous les programmes de soins intégrés comprennent des modules généraux axés sur l'encouragement à l'autogestion et sur la promotion de modes de vie sains, ainsi que différents modules par pathologie, qui se décomposent en quatre phases distinctes : diagnostic et détection précoces, diagnostic, programme de soins et traitement individuels, et coordination, rééducation, participation et prévention secondaire. Des indicateurs de performance attachés aux divers modules sont disponibles dans une base « socle » de données. Par exemple, il existe 35 indicateurs de performance pour les soins intégrés des diabétiques. Ces indicateurs peuvent être utilisés au cours des négociations sur les prix entre les assureurs et les groupes de soins. Les soins dispensés dans le cadre des paiements à la pathologie sont gratuits pour les patients (Tsiachristas, 2010).

Les paiements à la pathologie ont été expérimentés en 2007 pour le diabète et ont été évalués régulièrement à l'aide de dix groupes de soins. L'évaluation a fait apparaître d'importants écarts dans le montant des paiements à la pathologie pour les patients diabétiques, écarts qui ont persisté au fil des ans et reflètent l'impact des négociations et les différences d'interprétation des normes de soins applicables aux patients diabétiques entre les groupes de prestataires. L'expérimentation s'est traduite par une meilleure coordination des soins, une plus grande observance des protocoles, une meilleure utilisation des dossiers électroniques et une plus grande transparence. Cependant, il est trop tôt pour mesurer l'impact sur la qualité des soins. Par contre, la mise en place de paiements à la pathologie a eu pour effets négatifs de réduire le choix des usagers quant aux prestataires et de placer apparemment dans une situation de conflit d'intérêts les médecins généralistes des groupes de soins qui à la fois achètent et dispensent des soins. Un autre problème est la – peut-être trop – grande puissance d'achat dont les groupes de soins disposent sur les soignants sous-traitants (Struijs et Baan, 2011).

Source : Busse et al. (2010) ; Schreyögg et Busse (2005) ; AOK (2009) ; Tsiachristas (2010) ; Struijs et Baan (2011) ; Szecsenyi et al. (2008) ; Schaufler (2006).

Le projet de réforme visant à améliorer le fonctionnement des marchés de l'assurance maladie

Une nouvelle loi sur la surveillance, et non une révision de l'actuelle LAMal, a été préparée et des consultations sur ce projet de loi sont en cours au premier semestre 2011. La justification politique de cette loi est qu'elle doit permettre de garantir les principes fondamentaux de l'assurance maladie sociale à l'avenir et de protéger les assurés. La loi vise à jeter les bases d'une surveillance efficace et à encourager la transparence afin de renforcer la concurrence sur le marché réglementé. À moyen terme, un organisme de surveillance distinct sera créé. Il aura le pouvoir d'agir sur trois plans : 1) demander des informations et émettre des directives ; 2) prendre des mesures préventives ; et, 3) intervenir.

Dans le projet de loi proposé, l'OFSP (ou éventuellement un organisme de surveillance) jouerait un rôle majeur dans l'approbation des niveaux de prime (hausse et baisse). Il serait tenu compte des nouvelles exigences légales pour déterminer les niveaux adéquats de réserves en fonction du risque, qui augmentent quelque peu à terme, comme l'a prévu l'OFSP, pour éviter la faillite des assureurs. En l'absence d'approbation, l'organisme de surveillance serait habilité à fixer les niveaux de prime appropriés. Cela permettrait de s'assurer que les primes couvrent les coûts anticipés, tout en évitant l'accumulation d'abondantes réserves et de produits à recevoir. En particulier, cela rendrait inutile le subventionnement par les autres branches d'assurance, mais impliquerait aussi que les assureurs ne peuvent plus maintenir les primes à un niveau artificiellement bas. Les primes d'un montant trop faible devraient être absorbées par les fonds de réserve. Lorsque les primes auront été fixées à un niveau trop élevé, les assureurs devront rétrocéder certains montants, si l'assureur est solvable entre autres conditions. Cela contribuerait, en particulier, à assurer une augmentation progressive des primes.

Un certain nombre d'autres dispositions importantes sont également prévues. Les dispositions réglementaires relatives à la réassurance seront améliorées et complétées afin de protéger les assurés et les assureurs contre les cas d'insolvabilité. Pour éviter d'être soumis à réglementation, les assureurs sont parvenus à un consensus pour autoréguler les activités des courtiers et les commissions sur les ventes de contrats d'assurance. L'objectif est de réduire les frais administratifs, mais aussi d'empêcher la pratique de la sélection des risques.

En résumé, les modifications concernant la surveillance LAMal vont globalement dans la bonne direction – rendre plus équitable la concurrence entre les assureurs. Cependant, les assureurs jugent ces modifications très contraignantes. Il sera important de suivre attentivement les effets de ces réformes sur le marché de l'assurance et sur le comportement des assureurs. Ces mesures doivent permettre de restaurer la confiance et de contribuer à l'efficacité administrative. Enfin, l'organisme de surveillance disposera d'instruments plus efficaces pour faire appliquer la réglementation, y compris le pouvoir d'augmenter les pénalités à niveau suffisant pour les rendre significatives pour les assureurs.

Ce projet de loi pourrait alourdir la charge administrative de certains assureurs (surtout des petits). Il pourrait donc aussi contribuer utilement à la tendance à la fusion des compagnies d'assurance. De même, bien que la fixation des primes soit clairement du ressort du niveau fédéral et, ensuite, de l'organisme de surveillance, les cantons pourraient continuer à jouer un rôle important dans ce processus. Reste à voir si cela facilitera ou non le processus de fixation des primes ou si, sous l'angle des systèmes, cette duplication des fonctions se révélera inefficace. En outre, il est capital que l'OFSP et, plus tard, l'organisme

de surveillance soient dotés des ressources et pouvoirs nécessaires pour assumer efficacement leurs fonctions. L'établissement de projections d'évolution des coûts de tous les assureurs sera une très lourde tâche. Enfin, le renforcement de la réglementation des assureurs devra avoir pour contrepartie des dispositions réglementaires et des mesures qui renforcent la concurrence du côté des prestataires et, surtout, la possibilité de passer des contrats de façon sélective.

Notes

1. Les « caisses maladie » et les compagnies d'assurance commerciales peuvent proposer des contrats d'assurance maladie obligatoire à condition que cette partie de leur activité ne soit pas exercée dans un but lucratif. Jusqu'à présent, les compagnies privées ne se sont guère montrées intéressées par l'assurance maladie sociale et seules les caisses maladie fournissent une couverture d'assurance maladie sociale.
2. Pour de plus amples informations sur le financement des soins de longue durée, voir www.oecd.org/dataoecd/61/28/47878092.pdf.
3. Les services de soins préventifs suivants sont remboursés intégralement : dépistage néonatal de six pathologies ; échographie (technique de Graf) pour détection d'une dysplasie de la hanche chez les nouveau-nés de moins de six semaines ; prophylaxie du rachitisme pour les enfants de moins d'un an ; huit visites préventives au maximum pour les enfants en dessous de l'âge scolaire ; vaccins pour les enfants : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole pour les enfants de moins de 16 ans ; et *haemophilus influenzae* pour ceux de moins de 5 ans, hépatite B (en priorité pour les nouveau-nés de mères infectées et pour les enfants entre 11 et 15 ans) ; vaccins pour les adultes : diphtérie et tétanos tous les dix ans (ou après une blessure pour ce dernier), vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou souffrant d'une maladie grave ; et hépatite B ; tests VIH pour les nouveau-nés de mères infectées par le VIH et pour d'autres groupes de population à risque élevé ; examen gynécologique tous les trois ans ; mammographie tous les deux ans pour les femmes de plus de 50 ans et tous les ans pour les femmes ayant un profil de risque élevé ; coloscopie en cas d'antécédents familiaux de cancer ; et examen de la peau pour les personnes présentant un risque élevé de mélanome.
4. Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), modification du 19 mars 2010.
5. Le terme « charge effective des primes » désigne la part des primes – nettes d'aides – dans le revenu d'un ménage.
6. Les données de l'enquête auprès des ménages rendent compte de toutes les sommes consacrées par les ménages aux soins de santé, y compris des dépenses de services de santé qui sont remboursées ensuite par l'assurance maladie (Rossel, 2009).
7. Dans certains cas, certains assureurs maladie ont décidé de se retirer de la négociation collective sur les prix afin de négocier directement avec les prestataires.
8. Le terme « soins intégrés » recouvre des réalités différentes selon les pays et les systèmes (Nolte et McKee, 2008). Aux États-Unis, il correspond à des situations dans lesquelles les organisations intègrent les fonctions d'assurance maladie et de prestation de soins. Dans un contexte européen, il désigne la coordination des fonctions de traitement et de soins ou la coordination de différents types de services de soins de santé. En Suisse, la notion de soins intégrés – quoique non précisément définie – est prise dans cette dernière acception.

Références

- AOK (2009), *Sonderauswertung zum DMP KHK mit Differenzierung nach Geschlechtern und zum Diabetes mellitus Typ 2*, juin 2009, disponible à l'adresse : www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/evaluation/gesetzlich/bund/index.html.
- Balthasar, A. (2003), *Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002*, Daniel Wiedmer (dir. pub.), Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht n° 20/03, BBL Vertrieb Publikationen, Berne.
- Balthasar, A., O. Bieri et B. Gysin (2008), « Monitoring 2007. Die Sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen », *Schweizerische Eidgenossenschaft*, Lucerne, février.

- Baumberger, J. (2007), « Managed Care », dans G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse*, Hans Huber, Berne, pp. 219-228.
- Beck, K. (dir. pub.) (2004), *Enlèvement de la réforme de la compensation des risques ? Expériences internationales et solutions concrètes pour la Suisse*, Risk Adjustment Network, Lucerne.
- Beck, K., M. Trotmann et P. Zweifel (2010), « Risk Adjustment in Health Insurance and its Long-term Effectiveness », *Journal of Health Economics*, vol. 29, pp. 489-498.
- Berchtold, P. et I. Peytremann-Bridevaux (2011), « Integrated Care Organisations in Switzerland », *International Journal of Integrated Care*, vol. 11.
- CDS – Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (2011), *Assurance maladie : réduction de primes, tableau synoptique*, CDS, Berne.
- Conklin, A. et E. Nolte (2010), *Disease Management Evaluation – A Comprehensive Review of the Current State of Art*, Rand Europe, Cambridge.
- Dormont, B., P.Y. Geoffard et K. Lamiraud (2009), « The Influence of Supplementary Health Insurance on Switching Behavior: Evidence from Swiss Data », *Health Economics*, vol. 18, pp. 1339-1356.
- FINMA (2010), « FINMA Defines Supervisory Requirements on Supplementary Health Insurances », communiqué de presse, 27 avril 2010.
- Forum Managed Care (2010), « La coresponsabilité budgétaire dans les soins intégrés », Forum Managed Care.
- Frank, R.G. et K. Lamiraud (2009), « Choice, Price Competition and Complexity in Markets for Health Insurance », *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 71, pp. 550-562.
- Hammer, S., M. Peter et J. Trageser (2008), « Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung », Rapport final, protocole de recherche de l'Obsan, Obsan, Neuchâtel.
- Holly, A., L. Gardiol et Y. Egli (2004), « Health-based Risk Adjustment in Switzerland: An Exploration Using Medical Information from Prior Hospitalisation », Institut d'économie et de management de la santé, université de Lausanne, Lausanne.
- Iten, R. et al. (2010), *Economic Impact of Rising Healthcare Expenditures*, Infrac, Zurich.
- Lamiraud, K. (2011), « Le rôle des consommateurs dans la concurrence des systèmes d'assurance santé : L'exemple de la Suisse », présentation, Paris, mars 2011.
- Lettre à Monsieur Strupler, Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, Berne, 28 mars 2011.
- Leu, R.E. et al. (2009), « The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets », *The Commonwealth Fund*, n° 1220.
- Litwin, H. et E.V. Sapir (2009), « Forgone Health Care Due to Cost Among Older Adults in European Countries and in Israel », *European Journal of Ageing*, pp. 167-179.
- Mathauer, I. et G. Carrin (2011), « The Role of Institutional Design and Organizational Practice for Health Financing Performance and Universal Coverage », *Health Policy*, vol. 99, pp. 183-192.
- Mathauer, I. et E. Nicolle (sous presse), « A Global Overview of Health Insurance Administrative Costs: What Are the Reasons for Variations Found? », *Health Policy*.
- Mathauer, I., K. Xu, G. Carrin, et D. Evans (2009), *An Analysis of the Health Financing System of the Republic of Korea and Options to Strengthen Health Financing Performance*, Département du financement des systèmes de santé ; OMS, Genève.
- Ministerium für Gesundheit (2008), « Beschreibung der Risikostrukturaugleichssystematik des niederländischen Krankenversicherungsgesetzes », *Gemeinwohl und Sport*.
- OCDE (2010a), *Value for Money in Health Systems*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010c), *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*, Note de politique économique n° 2 du Département des affaires économiques, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010d), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé : Le rôle des technologies de l'information et des communications*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE et OMS (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Éditions OCDE, Paris.
- OFAP (2008), *Rapport annuel 2007*, Office fédéral des assurances privées, Berne.

- OFAS (2003), « Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002 », *Forschungsbericht*, n° 20/03, Berne.
- OFSP (2008), *Monitoring 2007: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung*, Office fédéral de la santé publique, Lucerne.
- OFSP (2010), *Statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2008*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- OFSP (2011a), *Statistiques de l'assurance maladie 2009*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- OFSP (2011b), *Aperçu des primes*, Office fédéral de la santé publique, Berne.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », *Document de travail sur la santé* n° 50, Éditions OCDE, Paris.
- Rossel, R. (2009), « Private Health Expenditure – Data Sources and Estimation Methods, Country Case Study: Switzerland », document de séance présenté à l'atelier « Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework », 12 juin 2009, Centre de conférences de l'OCDE, Paris, France.
- Schang, L. (2009), « Morbidity-based Risk Structure Compensation », *Health Policy Monitor*.
- Schaufler, T. (2006), « Anforderungen an die Evaluation von Disease Management Programmen: Defizite und ihre Ursachen », *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, vol. 12, n° 2, pp. 50-54.
- Schoen, C., R. Osborn, D. Squires, M.M. Doty, R. Pierson et S. Applebaum (2010), « How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries », *Health Affairs*, vol. 29, n° 12, pp. 2323-2334.
- Schreyögg, J. et R. Busse (2005), « Disease Management in Germany », *Euro Observer*, vol. 7 ; n° 2, pp. 3-4.
- Struijs, J.N. et C.A. Baan (2011), « Integrating Care Through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands », *New England Journal of Medicine*, vol. 364, n° 11, pp. 990-991.
- Sutter, R. et U. Wunderlin (2009), « Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs im Jahr 2009 », Institution commune LAMal, Soleure.
- Confédération suisse (2011), « Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz, KVAG) », janvier.
- Szecsényi, J., T. Rosemann, S. Joos, F. Peters-Klimm et A. Miksch (2008), « German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care Instrument », *Diabetes Care*, vol. 31, n° 6, pp. 1150-1154, juin.
- Tsiachristas, A. (2010), « Towards Integrated Care for Chronic Conditions: Dutch Policy Developments to Overcome the (Financial) Barriers », *Health Policy*, vol. 101, pp. 122-132.
- van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, C. Van de Voorde, J. Wasem et I. Zmora (2007), « Risk Adjustment and Risk Selection in Europe: 6 Years Later », *Health Policy*, vol. 83, pp. 162-179.
- van Kleef, R.C., K. Beck, W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet (2008), « Risk Equalization and Voluntary Deductibles: A Complex Interaction », *Journal of Health Economics*, vol. 27, pp. 427-443.
- Wolff, H., J.-M. Gaspoz et I. Guessous (2011), « Health Care Renunciation for Economic Reasons in Switzerland », *Swiss Medical Weekly*, vol. 141, Article n° w13165.

Chapitre 3

Les personnels de santé

Ce chapitre est consacré à la question des personnels de santé en Suisse. La section 3.1 dresse un panorama global de la répartition et de l'évolution des professionnels de santé et fait le point sur les pénuries de main-d'œuvre anticipées dans ce secteur. La section 3.2 examine les grandes tendances à l'œuvre dans la population des professionnels de santé, notamment le vieillissement et la féminisation du corps médical, mais aussi les attentes nouvelles des jeunes médecins en matière d'équilibre vie privée/travail. La section 3.3 donne un rapide aperçu des réformes récemment entreprises dans le domaine de la formation et de leurs implications. Elle pose également la question de savoir si la Suisse forme suffisamment de professionnels de santé. La section 3.4 est consacrée aux migrations internationales de travailleurs de santé, et la section 3.5 aux politiques visant à assurer une meilleure utilisation des personnels de santé existants. Enfin, la section 3.6 évoque les défis spécifiques posés par la problématique des personnels de santé en Suisse.

3.1. Répartition et évolution des personnels de santé

L'offre de professionnels de santé est supérieure à la moyenne de l'OCDE...

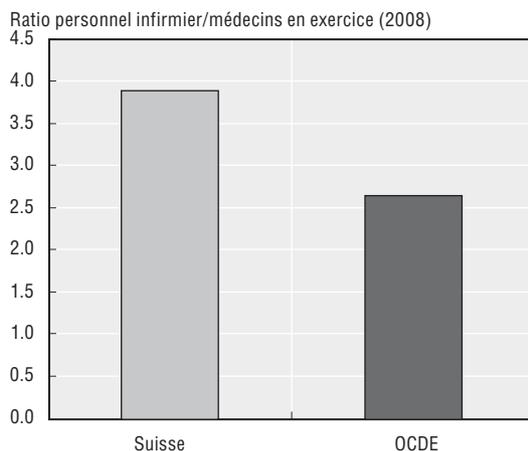
L'offre globale de professionnels de santé en Suisse est supérieure à la moyenne observée dans la zone OCDE : on dénombre 68.4 travailleurs sociaux et de santé pour 1 000 habitants en Suisse, contre seulement 48.6 dans la zone OCDE en moyenne (OCDE, 2010). C'est au niveau du personnel infirmier que les écarts sont les plus flagrants : la Suisse compte 10.15 infirmiers/infirmières qualifié(e)s¹ et 4.76 infirmiers/infirmières auxiliaires pour 1 000 habitants, contre 6.88 et 2.26 respectivement dans l'ensemble de la zone OCDE. Le nombre des médecins, pharmaciens, dentistes et aides-soignants pour 1 000 habitants excède également les moyennes correspondantes pour la zone de l'OCDE. Inversement, avec un ratio de 0.28 sage-femme pour 1 000 habitants, la Suisse se situe en deçà de la moyenne de l'OCDE de 0.35.

... mais il existe des disparités selon les professions et les régions

Si l'offre globale de professionnels de santé est plus élevée en Suisse que dans la moyenne des pays de l'OCDE, des écarts notables sont apparus, ces dernières années, entre les différentes professions du secteur. Ainsi, au cours de la dernière décennie, le ratio personnel infirmier/médecins a augmenté, passant de 3.67 à 3.90. Comme le montre le graphique 3.1, ce ratio est supérieur à la moyenne de l'OCDE.

Dans le secteur ambulatoire, le ratio entre médecins généralistes² et spécialistes a décliné au fil des années. Entre 1980 et 2010, la proportion de médecins généralistes parmi l'ensemble des professionnels de santé est tombée de 37 % à 30 % (FMH, 2011).

Graphique 3.1. **Ratio personnel infirmier/médecins en Suisse et dans l'ensemble de la zone OCDE**



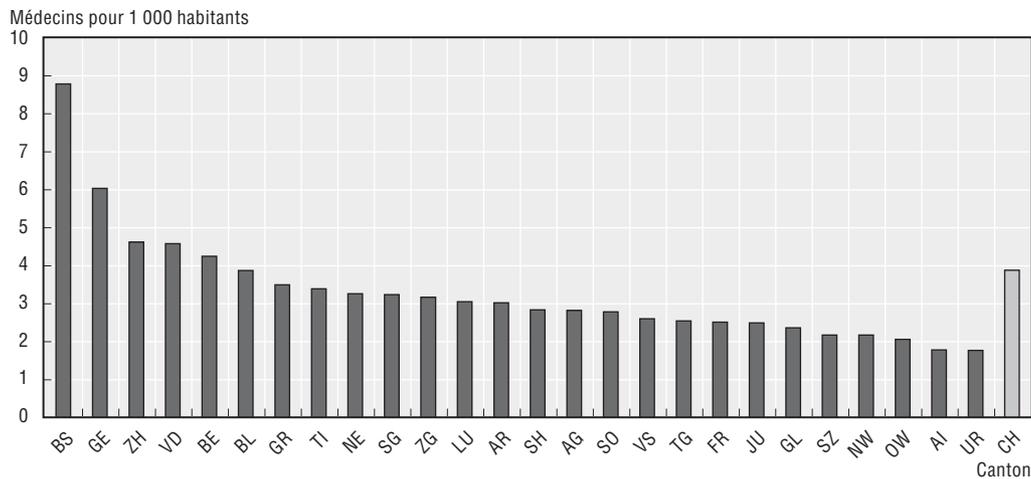
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

Sur le plan de la répartition géographique, des variations sensibles s'observent d'un canton à l'autre. Fait peu surprenant, les cantons qui abritent des hôpitaux universitaires, tels que les cantons de Genève, de Vaud, de Berne, de Zurich et de Bâle-Ville, affichent les densités de médecins les plus élevées (cf. graphique 3.2).

Dans le secteur ambulatoire, la densité de médecins en pratique indépendante a nettement augmenté entre 1980 et 2009, passant de 1.2 à 2.0 médecins pour 1 000 habitants (FMH, 2011). La progression a cependant été plus marquée sur la période 1980-90, ainsi que sur la période 1990-2000, qu'entre 2000 et 2009, comme on peut le constater sur le graphique 3.3.

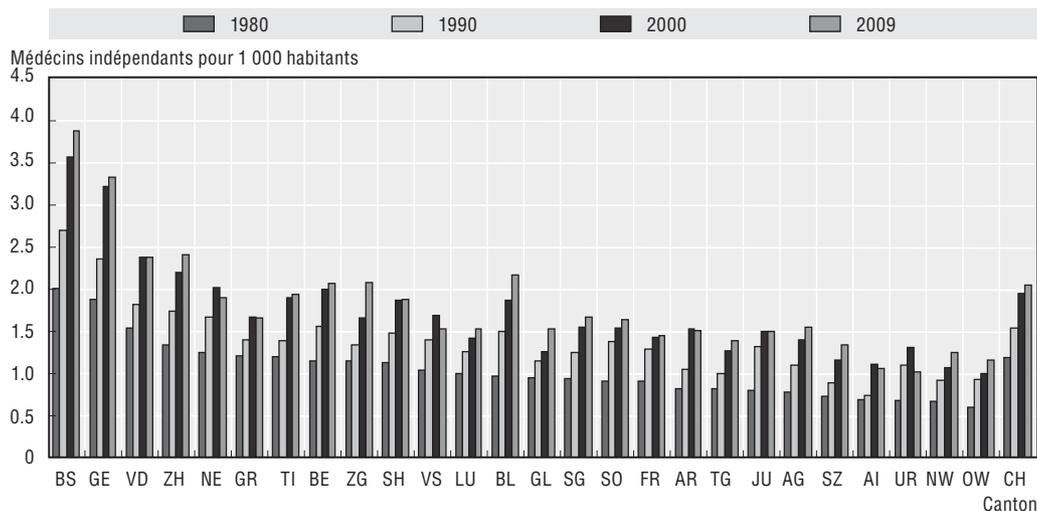
Le fait est qu'entre 2000 et 2009, tous les cantons n'ont pas connu la même évolution. La densité de médecins indépendants a suivi une croissance continue dans les cantons de Genève, de Bâle-Campagne, de Bâle-Ville, de Zoug, de Glaris, de Nidwald et d'Obwald, a décliné dans les cantons de Neuchâtel, du Valais, d'Appenzell Rhodes-Intérieures et d'Uri, et s'est maintenue à un niveau relativement stable dans les cantons de Vaud, de

Graphique 3.2. **Nombre de médecins pour 1 000 habitants, par canton, 2009**



Source : FMH (2011).

Graphique 3.3. **Nombre de médecins en pratique indépendante pour 1 000 habitants, par canton, 1980, 1990, 2000 et 2009**



Source : FMH (2011).

Shaffhouse, d'Argovie et du Jura. Conséquence de ces évolutions contrastées, alors qu'en 1980, les cantons de Bâle-Ville, de Genève, de Vaud, de Zurich, de Neuchâtel, des Grisons et du Tessin étaient ceux qui affichaient les densités de médecins indépendants les plus élevées, en 2009, les cantons de Bâle-Campagne, de Zoug et de Berne surclassaient Neuchâtel, les Grisons et le Tessin selon cet indicateur.

En 2002, le Parlement suisse s'est prononcé en faveur d'un moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux pour les praticiens exerçant dans le cadre de la LAMal. Il est probable que cette décision a influé sur l'évolution de la densité de médecins dans le secteur ambulatoire au cours de la dernière décennie (cf. encadré 3.1).

S'agissant de la répartition géographique des personnels de santé, les disparités entre zones urbaines et zones rurales (en particulier les zones montagneuses) sont également préoccupantes. Si, sur le plan de la superficie, la Suisse n'est pas confrontée aux mêmes défis que des pays tels que le Canada et l'Australie, la prestation des services de santé dans les zones reculées et montagneuses n'en représente pas moins un véritable défi (cf. encadré 3.2). À en juger par un corpus de données empiriques croissant, dans certaines régions reculées et montagneuses de Suisse, les médecins généralistes peinent à trouver des successeurs et à faire face aux situations d'urgence médicale dans certaines localités. De surcroît, dans les régions rurales, les effectifs de médecins de famille croissent plus lentement que le nombre de gynécologues, de pédiatres et de médecins spécialisés pratiquant des actes chirurgicaux (Roth, 2010).

Encadré 3.1. **Moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux**

Préoccupé par l'escalade des coûts de santé et redoutant que les accords bilatéraux conclus entre la Suisse et l'UE¹ n'entraînent un afflux massif de médecins venant de pays de l'Union européenne, le Parlement suisse a décidé, en 2002, de restreindre les autorisations d'ouverture de nouveaux cabinets médicaux pour les praticiens exerçant dans le cadre de la LAMal. Aux termes de l'ordonnance du Conseil fédéral, les autorités cantonales sont responsables de la mise en œuvre de cette mesure et bénéficient d'une certaine latitude dans l'exécution de cette tâche.

Initialement limité à une période de trois ans (Chancellerie fédérale, 2002), ce moratoire a été prorogé jusqu'à la fin de 2011. L'ordonnance s'applique à l'ensemble des médecins formés en Suisse ou à l'étranger qui travaillent en pratique indépendante sous le régime de la LAMal, principal cadre d'exercice de la médecine en Suisse. Depuis janvier 2010, cependant, les médecins généralistes et les pédiatres non spécialisés sont exemptés de cette mesure (Recueil officiel 2009). Les médecins qui ne sont pas autorisés à ouvrir leur propre cabinet de médecine ambulatoire ont la possibilité de s'associer à un cabinet existant, d'établir un cabinet indépendant hors du cadre de la LAMal ou de travailler en milieu hospitalier.

Quant à savoir si cette mesure a atteint ses objectifs, la question est difficile à trancher. Les coûts de santé et les migrations de médecins en provenance de l'Union européenne n'ont pas cessé d'augmenter depuis l'adoption de l'ordonnance ; cependant, nul ne sait à combien se serait chiffrée la hausse en l'absence de moratoire. Cette mesure a donné aux cantons la possibilité de mieux réguler l'offre de médecins exerçant en cabinet dans le cadre de la LAMal. Les autorités cantonales fondent leurs décisions d'octroi d'autorisation sur plusieurs facteurs. Environ la moitié des cantons appliquent des critères qui leur sont propres en plus des maxima (nombre de cabinets et densité) fixés par l'ordonnance du Conseil fédéral. Il y a tout lieu de penser que le moratoire a contribué au ralentissement de la croissance du nombre de médecins en ambulatoire entre 2000 et 2009 (cf. graphique 3.3). Comme c'était à prévoir, le nombre d'ouvertures de nouveaux cabinets a également diminué. Cependant, ce déclin avait été précédé d'une forte augmentation du nombre d'ouvertures en 2003, en 2002 et, dans une moindre mesure, en 2001 (OFSP, 2009), sans doute en raison du grand nombre de demandes d'autorisation d'ouverture de cabinets indépendants adressées aux autorités cantonales en prévision de l'entrée en vigueur du moratoire. Le moratoire ne semble pas avoir comblé les

Encadré 3.1. **Moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux** (suite)

écarts entre les cantons affichant des densités élevées de médecins indépendants, comme Bâle-Ville et Genève, et ceux à faible densité, par exemple Uri et Appenzell Rhodes-Intérieures. Par ailleurs, d'après ses détracteurs, ce dispositif a conduit à une situation dans laquelle il est plus difficile pour les jeunes médecins d'établir un cabinet de groupe, et qui pousse les médecins à rester plus longtemps à l'hôpital et à se spécialiser, ce qui ne fait qu'accentuer la pénurie de médecins de famille (ASMAC, 2007). Enfin, ces dernières années, le nombre de cabinets indépendants de médecine générale² n'a que très faiblement augmenté par rapport aux cabinets de médecine spécialisée (Roth, 2010).

Le moratoire prenant fin en 2012, les autorités devront décider s'il y a lieu de le proroger ou non. Il l'a déjà été à deux reprises, en 2005 puis en 2008. À chacune de ces échéances, la question s'est posée de savoir s'il fallait lever le moratoire et autoriser l'introduction de contrats sélectifs. En vertu d'un tel dispositif, les assureurs LAMal ne seraient pas obligés de passer contrat avec l'ensemble des médecins indépendants. Cependant, le principe des contrats sélectifs s'est révélé très controversé et son adoption a été abandonnée. Depuis sa mise en œuvre, le moratoire n'a suscité aucun débat ou nouvelle proposition majeurs. Néanmoins, en l'absence de suivi et d'évaluation systématique de son impact, il est assurément difficile d'avoir une vision globale de la question et de prendre des décisions judicieuses étayées par les faits.

1. Ces accords bilatéraux, qui visent à faciliter la mobilité des travailleurs entre l'Union européenne et la Suisse, ont mis en place à cet effet le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes pour un certain nombre de professions, parmi lesquelles les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les vétérinaires, les infirmiers/infirmières et les sages-femmes. Depuis l'entrée en vigueur de ces accords, les médecins formés dans l'Union européenne sont autorisés à exercer en Suisse. Dans ce contexte, ils sont également habilités à ouvrir un cabinet médical et à exercer à charge de la LAMal.
2. Cette estimation a été effectuée à partir des numéros du registre des codes créanciers, qui sont délivrés aux cabinets médicaux autorisés à facturer des honoraires à charge de la LaMal.

Encadré 3.2. **Recommandations de l'OMS pour une politique mondiale : accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation**

L'une des tâches les plus complexes des décideurs est d'assurer aux habitants des zones rurales ou reculées l'accès à des personnels de santé qualifiés. La moitié environ de la population mondiale vit dans des zones rurales, alors que celles-ci ne sont desservies que par 38 % de l'effectif infirmier total et moins du quart de l'effectif de médecins. En juillet 2010, l'OMS a édité un ensemble de Recommandations pour une politique mondiale, qui fixent les grandes orientations et présentent les données disponibles sur différentes stratégies de fidélisation, regroupées en quatre catégories : formation, réglementation, incitations financières, et soutien personnel et professionnel (cf. www.who.int/hrh/retention/guidelines/fr/index.html).

... et des pénuries de personnel de santé sont à craindre pour l'avenir

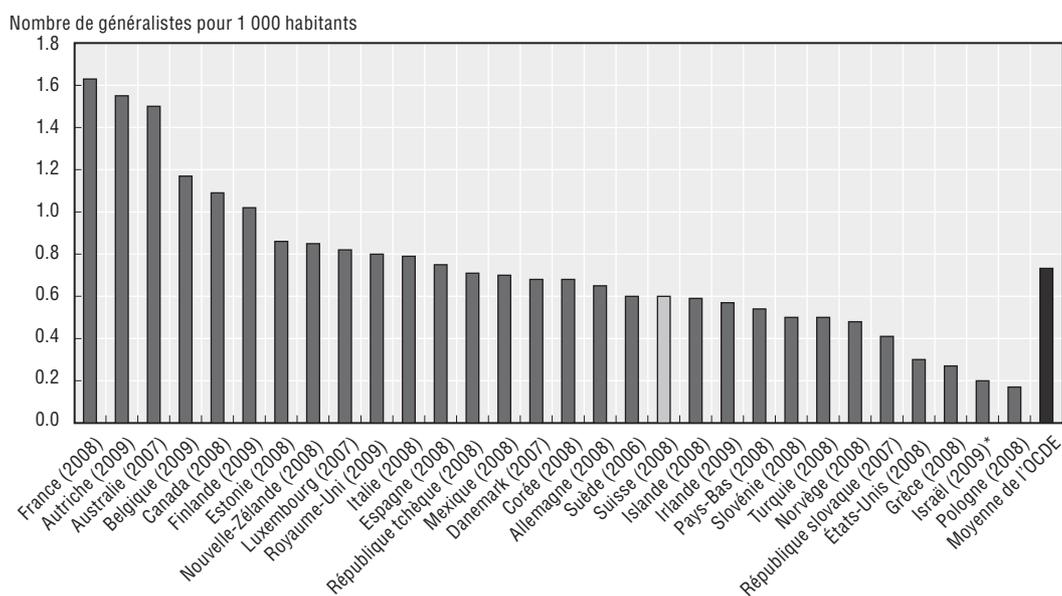
Récemment encore, la question des personnels de santé n'était pas considérée comme une préoccupation majeure en Suisse, et les décideurs ne s'y intéressaient guère. Néanmoins, les discussions sur la mise en place de politiques de maîtrise des coûts dans le système de santé suisse et, plus récemment, les inquiétudes croissantes concernant une éventuelle pénurie de travailleurs dans le secteur de la santé ont conféré une importance accrue aux questions touchant aux personnels de santé.

Les débats relatifs à l'offre en personnels de santé en Suisse ont pris une orientation radicalement différente en l'espace de quelques décennies : alors que l'on craignait les sureffectifs chez les travailleurs de santé, en particulier parmi les médecins, on redoute aujourd'hui une pénurie de travailleurs de santé (Pécoud, 2006). Les craintes associées au risque d'une surabondance de médecins et son impact perçu sur les coûts de santé se sont exacerbées dans les années 80 et 90, non seulement en Suisse mais aussi dans les autres pays de l'OCDE.

La densité de médecins n'a pas cessé de croître, en Suisse, au cours de cette période, avec l'arrivée sur le marché du travail de vastes cohortes de médecins consécutivement à la forte hausse du nombre d'étudiants en médecine dans les années 60 et 70 (Danon-Hersh et Paccaud, 2005). Comme cela a été indiqué précédemment, ces inquiétudes se sont encore renforcées avec la signature des accords bilatéraux entre l'Union européenne et la Suisse. En effet, on craignait alors en Suisse que ces accords n'entraînent une immigration massive de médecins de l'UE, attirés notamment par les conditions de rémunération avantageuses pratiquées dans ce pays. Pour ces raisons, la décision a été prise de durcir les conditions d'admission dans les écoles de médecine, avec l'introduction d'un *numerus clausus* dans les universités de Berne, Bâle, Fribourg et Zurich, et d'appliquer un moratoire sur les ouvertures de nouveaux cabinets médicaux pour les praticiens exerçant dans le cadre de la LAMal (cf. encadré 3.1).

Ces mesures, qui visaient à contenir l'excès perçu de personnel médical en Suisse, n'ont pas tardé à éveiller la crainte d'une pénurie future de travailleurs de santé. Le vieillissement démographique, les changements épidémiologiques, le progrès technologique et l'évolution du profil des personnels de santé, par exemple leur vieillissement, font partie des facteurs qui alimentent ces craintes grandissantes. Le risque d'une pénurie future de personnels de santé a été mis en évidence dans plusieurs études récentes (Seematter-Bagnoud et al., 2008 ; Jaccard-Ruedin et al., 2009 ; Jaccard-Ruedin et Weaver, 2009). D'après ces études, la Suisse devra recruter entre 120 000 et 190 000 travailleurs de santé d'ici 2030. Deux tiers environ de cet effectif global serviront à compenser les départs à la retraite, et le tiers restant à satisfaire l'augmentation de la demande de soins de santé de la population. On anticipe une pénurie particulièrement aiguë de médecins généralistes (Pécoud, 2006 ; Waeber et al., 2009) et de personnel infirmier dans le secteur des soins de longue durée, notamment dans les maisons médicalisées (Jaccard-Ruedin et Weaver, 2009). Les inquiétudes entourant le faible nombre de médecins généralistes sont renforcées par le fait que, en dépit d'une densité de médecins supérieure à la moyenne de l'OCDE, la Suisse accuse actuellement une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne de l'OCDE. Comme le montre le graphique 3.4, avec un

Graphique 3.4. **Densité de médecins généralistes dans les pays de l'OCDE**



* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

ratio de 0.6 médecin de famille pour 1 000 habitants, la Suisse se situe en deçà de la moyenne de l'OCDE, de 0.73 médecin de famille pour 1 000 habitants.

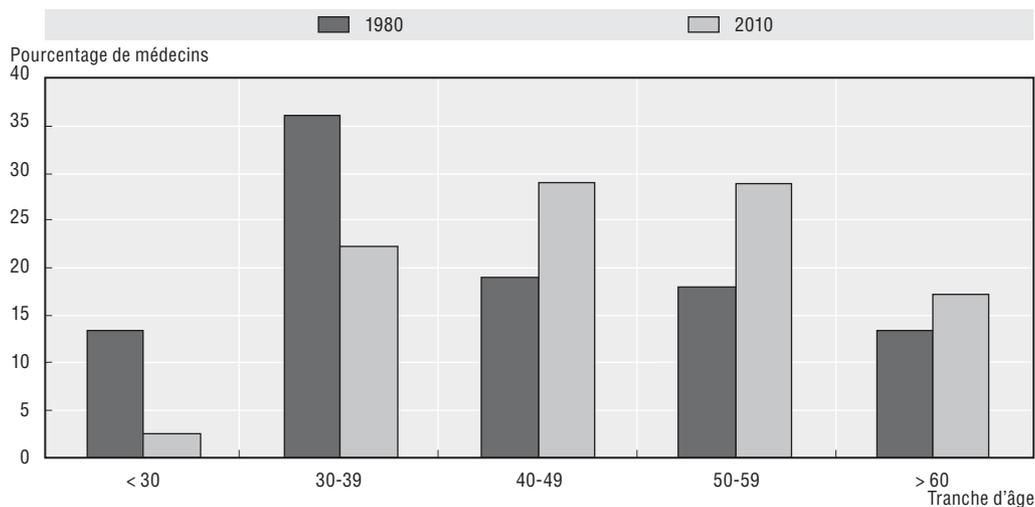
Si la prévision de la demande et de l'offre futures de personnels de santé est une entreprise difficile en toutes circonstances, notamment en raison des incertitudes qu'elle comporte, on s'accorde à reconnaître que les tendances récentes impriment déjà leur marque et modifient le profil des professionnels de santé en Suisse.

3.2. Tendances à l'œuvre dans la population des professionnels de santé

Le vieillissement des professionnels de santé, la féminisation du corps médical et les attentes nouvelles de la relève en matière de conditions de travail font partie des principaux facteurs qui orientent l'évolution des personnels de santé, en Suisse comme dans d'autres pays de l'OCDE (OCDE, 2008).

En Suisse, comme dans bon nombre de pays de l'OCDE, les personnels de santé vieillissent. Entre 1980 et 2010, l'âge moyen des médecins est passé de 44 à 48.4 ans (FMH, 2011). Néanmoins, dans le secteur ambulatoire, cet âge moyen est plus élevé : 53 ans en 2010 (FMH, 2011). Comme l'illustre le graphique 3.5, la part des médecins âgés de 30 à 39 ans a considérablement diminué au cours des 20 dernières années, tandis que le groupe des 50-59 ans a beaucoup augmenté, ce qui laisse présager une vague massive de départs à la retraite au cours des 15 prochaines années.

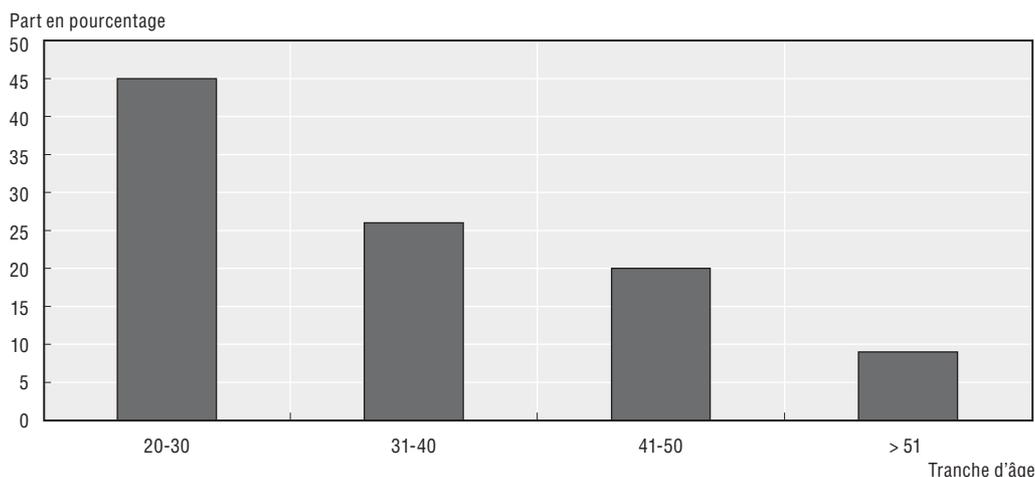
Graphique 3.5. Répartition des médecins en exercice, par âge, 1980-2010



Source : FMH (2011).

Bien que l'on manque d'informations sur le rythme du vieillissement des personnels infirmiers en Suisse, les résultats préliminaires du projet RN4CAST³, étude la plus importante jamais conduite en Europe sur les ressources humaines en soins infirmiers, indiquent qu'une part substantielle des infirmiers/infirmières en Suisse ont de plus de 40 ans. Le graphique 3.6 montre que si la tranche d'âge la plus largement représentée est celle des 20-30 ans (45 % du personnel infirmier), les groupes 31-40 ans et 41-50 ans sont d'importance à peu près équivalente, comptant pour 26 % et 20 % du personnel infirmier respectivement. En fait, les tranches d'âge 41-50 ans et 51 ans et plus regroupent à elles deux environ un tiers de l'ensemble du personnel infirmier. Enfin, l'importante déperdition

Graphique 3.6. Répartition du personnel infirmier par âge, 2010



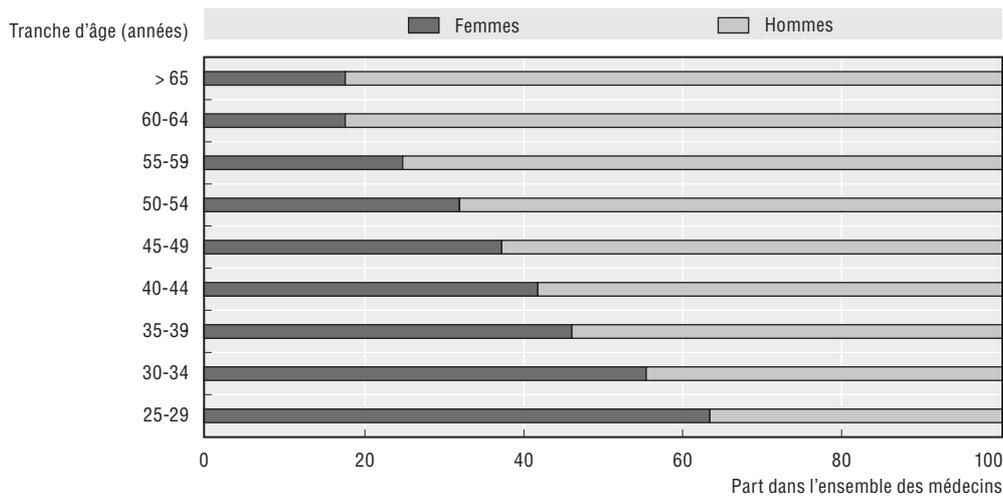
Source : RN4CAST (2011).

dans l'effectif en personnel infirmier entre le groupe d'âge des 20-30 ans et celui des 31-40 ans pourrait s'expliquer en partie par les retraits, temporaires ou permanents, de la profession, le cas échéant vers d'autres secteurs d'emploi.

Le vieillissement de la main-d'œuvre peut avoir une incidence sur sa capacité à effectuer certaines tâches spécifiques, notamment les tâches physiques. Dans le contexte du vieillissement du personnel infirmier, cela peut devenir un réel problème. Le travail infirmier a, en effet, une composante physique non négligeable : il faut aider à transporter les patients, porter de lourdes charges et savoir réagir promptement à toute situation d'urgence. Le travail impose des postures corporelles difficiles et de longues stations debout (par exemple en salle d'opération). Ces conditions de travail peuvent être la cause directe d'excès de fatigue, voire provoquer des tensions physiques ou des accidents si les tâches à effectuer sont trop lourdes, prolongées ou répétitives (Estryn-Behar *et al.*, 1990 ; Videman *et al.*, 1984). Au Canada, par exemple, le taux d'absentéisme pour cause de maladie est plus élevé parmi le personnel infirmier que dans n'importe quelle autre profession, un phénomène attribué, en partie, aux troubles musculosquelettiques (Shamian *et al.*, 2003).

Autre aspect de l'évolution des personnels de santé en Suisse, celui de la féminisation croissante du corps médical. La proportion de médecins femmes a doublé en moyenne au cours des dernières décennies, passant de 17 % en 1980 à 36 % en 2010 (Kraft et Hersperger, 2009d ; Kraft, 2011). Si la proportion de médecins femmes reste plus élevée dans le milieu hospitalier (40 %) que dans le secteur ambulatoire (31 %), on s'attend à ce qu'elle augmente plus rapidement dans ce dernier secteur (Kraft et Hersperger, 2009d). La féminisation du corps médical devrait s'accroître encore un peu plus à l'avenir, dans la mesure où les écoles de médecine ont formé davantage de femmes que d'hommes, ces dernières années. À titre de comparaison, en 2009, plus de 60 % des nouveaux diplômés en médecine étaient des femmes, contre moins de 30 % en 1980 (communication personnelle avec l'OFS, 2010). Comme l'illustre le graphique 3.7, les femmes médecins sont d'ores et déjà plus nombreuses que les hommes dans le groupe des moins de 30 ans (Kraft, 2011).

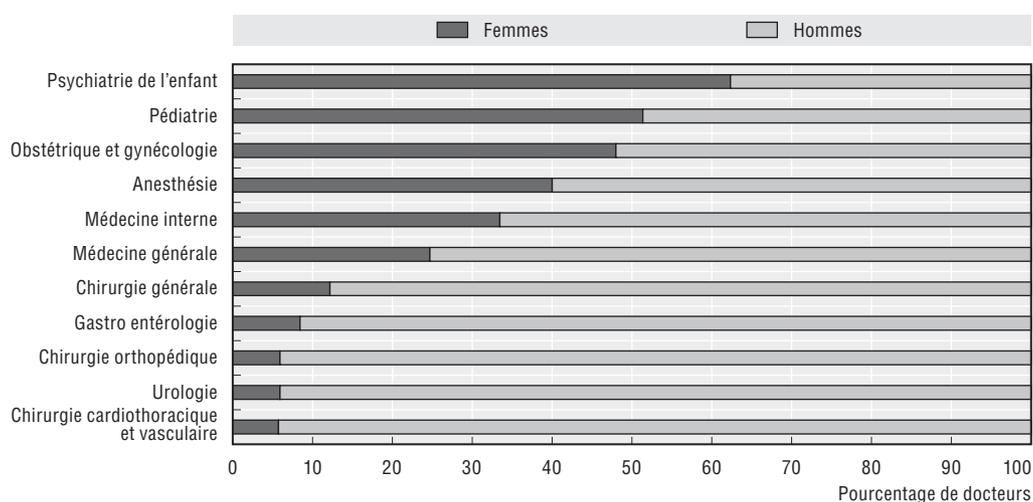
Graphique 3.7. Répartition des médecins par âge et par sexe, 2010



Source : FMH (2011).

Cependant, au-delà de ce phénomène de féminisation générale, des différences marquées persistent entre les spécialités médicales, ainsi qu'en témoigne le graphique 3.8. La proportion de femmes est inférieure à 15 % dans des disciplines telles que la chirurgie orthopédique, la chirurgie et la cardiologie ; elle est, en revanche, supérieure à la moyenne en anesthésie, en gynécologie/obstétrique, en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, en ophtalmologie, en pédiatrie et en psychiatrie et psychologie (Kraft et Hersperger, 2009d). Les femmes restent peu représentées parmi les cadres médicaux hospitaliers, occupant moins de 10 % des postes de médecin chef (Kraft, 2011). Par ailleurs, des données éparses semblent indiquer que les femmes sont également sous-représentées dans la communauté universitaire.

Graphique 3.8. Répartition hommes/femmes dans les différentes spécialités médicales



Source : FMH (2011).

La féminisation du corps médical a également une incidence sur les modalités d'exercice de la médecine. En termes de rythmes et d'organisation du travail, les femmes médecins ont tendance à travailler davantage à temps partiel que leurs homologues masculins (Kraft, 2010). Cette différence est plus marquée dans le secteur ambulatoire où, en moyenne, les médecins femmes travaillent un jour de moins par semaine que les médecins hommes (FMH, 2011). Les médecins femmes ont également une préférence plus marquée pour la pratique de groupe, 47 % d'entre elles travaillant dans un cabinet collectif contre seulement 32 % des hommes (Kraft, 2010). Des études internationales montrent, par ailleurs, que les médecins femmes passent davantage de temps avec leurs patients que les hommes (Roter *et al.*, 2002). Autre constat, peut-être lié au précédent, les femmes médecins ont plus de facilités pour communiquer et entretiennent de meilleures relations avec leurs patients (Contandriopoulos et Fournier, 2007). Par conséquent, la féminisation du corps médical pourrait faciliter l'adoption d'une approche plus globale des soins aux patients, en parallèle avec un possible développement des programmes de gestion des maladies (*disease management programmes*).

Tandis que le corps des médecins tend vers une plus grande parité entre les sexes, le personnel infirmier reste très majoritairement féminin. La part des hommes dans le personnel infirmier reste faible. Selon les estimations, les hommes ne représentaient en 2009 que 16 % environ du personnel infirmier hospitalier (OFS, 2009). Ce manque de représentants masculins dans la profession infirmière est voué à perdurer dans la mesure où, depuis quelques décennies, les hommes ne représentent qu'environ 10 % du nombre total de diplômés sortant des écoles de formation en soins infirmiers (OFS, 2007).

En marge de l'impact de la féminisation du personnel, le système de santé se doit également de répondre aux attentes des nouvelles générations de travailleurs de santé, qui aspirent notamment à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Buddeberg *et al.*, 2008). On a coutume d'entendre que les jeunes médecins n'ont pas envie de travailler autant que leurs prédécesseurs. Par exemple, dans le secteur ambulatoire, en Suisse, les médecins âgés de moins de 45 ans travaillent en moyenne 4.1 jours par semaine, contre 4.4 jours par semaine pour ceux qui sont âgés de 45 ans et plus (FMH, 2011). De même, les jeunes sont plus favorables à la pratique de groupe que leurs prédécesseurs (OFSP, 2010). Cette pratique offre une plus grande souplesse, en particulier en termes de temps de travail, et permet de rompre l'isolement professionnel dont souffrent certains médecins en pratique indépendante.

Les attentes des nouvelles générations de médecins imposent également de s'attaquer à la question de leurs conditions de travail. La dégradation de ces conditions, qui touche plus particulièrement les médecins généralistes, suscite une attention croissante. La perte de prestige et d'autonomie professionnelle, voire la baisse des revenus, font partie des doléances régulièrement exprimées par les médecins de famille (Buddeberg-Fischer *et al.*, 2006 ; Waeber *et al.*, 2009). Les écarts de rémunération entre généralistes et spécialistes – en particulier les spécialistes qui effectuent des actes thérapeutiques complexes – sont un problème reconnu. L'introduction en 2004 de TARMED, structure tarifaire uniforme fixant la rémunération des médecins indépendants, avait pour objectif de combler ces écarts. Cependant, malgré quelques améliorations, les disparités restent importantes (OFSP, 2010). La dégradation des conditions de travail est aussi un facteur qui a contribué à l'augmentation des cas d'épuisement professionnel chez les médecins. Selon Arigoni *et al.* (2010), les cas d'épuisement professionnel de médecins ont augmenté partout en Suisse au cours de la dernière décennie. On estime que, dans l'ensemble, les médecins généralistes ont une probabilité plus élevée que les médecins spécialistes de souffrir de stress. Plus

spécifiquement, Goehring *et al.* (2005) ont constaté que les cas d'épuisement professionnel modéré chez les médecins généralistes suisses étaient associés au fait d'être un homme et d'avoir entre 45 et 55 ans. Par ailleurs, le risque d'épuisement professionnel se révèle plus élevé chez les médecins généralistes installés en zone non urbaine.

Les conditions de travail sont également une préoccupation majeure pour le personnel infirmier. L'étude NEXT, qui couvre 11 pays européens (mais pas la Suisse), cherche à identifier les raisons, les circonstances et les conséquences des abandons prématurés de la profession infirmière. Elle relève une corrélation manifeste entre la satisfaction à l'égard de l'emploi et l'intention de quitter la profession (Hasselhorn *et al.*, 2004). Il existe relativement peu de données solides sur les taux de maintien en exercice du personnel infirmier en Suisse. Cela étant, les résultats préliminaires des études RN4CAST indiquent que près de 28 % des infirmiers/infirmières ont l'intention de quitter leur poste actuel et que, dans cette catégorie, 46 % envisagent de chercher un emploi d'infirmier/infirmière dans un autre hôpital, 30 % souhaitent continuer à exercer leur métier, mais pas à l'hôpital et, enfin, 24 % envisagent de quitter complètement la profession (RN4CAST, 2011). Dans un contexte de rotation élevée des effectifs, les difficultés rencontrées par les établissements de soins pour recruter et maintenir en poste du personnel compétent pourraient avoir des effets délétères sur la prestation des services de santé, en particulier sur la qualité des soins et sur les coûts, du fait de la perte de synergies d'équipe et de la baisse des performances d'organisation (OCDE, 2008).

Dans le cas de la Suisse, certaines données pointent vers une dégradation des conditions de travail du personnel infirmier. D'après l'étude RICH Nursing⁴, les stratégies déployées par les infirmiers/infirmières pour prioriser les soins et répartir des ressources qui sont rares entre leurs patients peuvent conduire à un rationnement des soins infirmiers, préjudiciable aux conditions de travail du personnel. L'étude constate également que des niveaux de rationnement accrus sont associés à des taux plus élevés de fatigue psychologique et d'insatisfaction professionnelle dans le personnel infirmier.

3.3. Formation

Un paysage changeant...

La formation des professionnels de santé a fait l'objet de réformes et de changements majeurs au cours des dernières décennies. Ces réformes visaient notamment à renforcer la qualité et l'attrait des programmes de formation, à offrir une réponse plus adaptée aux nouvelles réalités du travail quotidien des personnels de santé et à développer les passerelles entre les différents programmes. Ces changements sont passés notamment par l'adoption de nouvelles lois fédérales, telles que la Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd), la Loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr) et la Loi fédérale sur les Hautes écoles spécialisées (LHES). En outre, des révisions de lois fédérales existantes et de nouveaux projets de loi sont à l'étude (par exemple, la loi sur les professions de santé non universitaires).

Sur le plan de la formation médicale, l'entrée en vigueur, en 2007, de la LPMéd⁵, qui remplaçait la Loi fédérale de 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse, a contribué à renforcer la formation des médecins. Par exemple, cette loi rend la formation continue obligatoire pour les médecins. Si, de l'avis général, la LPMéd marque un progrès vers l'amélioration de la formation médicale en Suisse, la coordination entre les différents intervenants de la

formation médicale, tels que la Confédération, les cantons, les universités, les hôpitaux et la FMH, entre autres, reste difficile (OFSP, 2010). La mise en œuvre du processus de Bologne en Suisse (cf. encadré 3.3) a également transformé en profondeur la structure des cursus et devrait avoir un impact sur les personnels de santé. La réforme de Bologne a été introduite avec succès dans toutes les facultés de médecine de Suisse (Banz *et al.*, 2011), amenant davantage de souplesse dans la formation médicale (CSST, 2006). Le bachelor universitaire en médecine (bachelor) se fait en trois ans, puis le master en médecine de nouveau en trois ans (deux années de formation théorique à l'université et une année de formation pratique). Même si elle est encore limitée, l'expérience acquise par la Suisse montre déjà que le bachelor est perçu non pas seulement comme une étape obligatoire dans les études de docteur en médecine, mais aussi comme un tremplin vers d'autres carrières comme les sciences biomédicales ou la santé publique (Banz *et al.*, 2011). Le fait est que ce diplôme peut contribuer à améliorer et renforcer les passerelles entre les différentes professions de la santé (CSST, 2006).

Encadré 3.3. La réforme de Bologne

Le processus de Bologne a pour objectif de créer un espace européen de l'enseignement supérieur (EEES) en rendant les diplômes universitaires et les normes d'assurance qualité plus comparables et plus compatibles dans l'ensemble de l'Europe et, ainsi, faciliter la mobilité des étudiants et des universitaires. Ce processus est également sous-tendu par la volonté de renforcer la compétitivité de l'EEES. Lancé officiellement en 1999, le processus de Bologne est devenu une réalité concrète suite à la Déclaration de Budapest et de Vienne de mars 2010. Actuellement, 47 pays sont engagés dans le processus. La réforme de Bologne repose sur deux piliers essentiels : organisation des études universitaires en trois cycles (baccalauréat/bachelor, maîtrise/master et doctorat) et introduction du Système européen de transfert et d'accumulation de crédits (ECTS), utilisé pour le calcul, le transfert et l'accumulation des apprentissages. Néanmoins, tous les pays n'appliquent pas encore le processus de Bologne dans le domaine de la formation médicale.

Source : Adapté à partir des informations du site de l'Espace européen de l'enseignement supérieur (www.ehea.info/).

D'autres changements suscitent quelques préoccupations. L'introduction d'un nouveau mode de financement des hôpitaux, reposant sur les groupes homogènes de maladies (DRG), est jugée par certains comme potentiellement préjudiciable à la formation des jeunes médecins (Rindlibascher, 2010). Compte tenu des pressions croissantes qui s'exercent sur les coûts des établissements hospitaliers et de la relative opacité des coûts de formation postgraduée, on redoute que ce système n'entraîne une baisse de la qualité et/ou du nombre des internes dans les hôpitaux. S'il est encore trop tôt pour évaluer la nature exacte de l'impact de ce nouveau mécanisme de financement sur les programmes de formation postgraduée en milieu hospitalier, cette question est prise au sérieux et a été évoquée dans le cadre de la nouvelle plate-forme « Avenir de la formation médicale », qui vise à faciliter les échanges réguliers entre les directeurs cantonaux de la santé et les autorités fédérales.

D'importants changements sont également intervenus au niveau des professions de santé ne nécessitant pas l'obtention d'un diplôme universitaire. Sur le plan de la gouvernance, les compétences relatives à la réglementation de ces professions ont été transférées des

cantons à la Confédération en vertu de la Loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPf), entrée en vigueur en 2004. Conçue comme un cadre général devant permettre de mieux répondre aux besoins du marché du travail, cette loi encourage et facilite les transferts entre programmes de formation et, plus généralement, la mobilité au sein du système de formation en santé dans son ensemble. Dans son sillage, certaines formations ont été révisées et de nouveaux titres/catégories ont été créés (par exemple, l'assistant(e) en soins et santé communautaire). Si la Confédération bénéficie désormais d'un rôle accru et pèse davantage sur les décisions concernant ces professions, le financement et la détermination du nombre d'étudiants continuent de relever essentiellement de la responsabilité des cantons.

La formation du personnel infirmier offre une bonne illustration de la portée et de la complexité de ces changements. Contrairement à la situation qui prévaut dans plusieurs pays de l'OCDE, il n'est pas nécessaire d'avoir un diplôme universitaire pour exercer la profession infirmière en Suisse. Plusieurs filières d'études forment au métier d'infirmier/infirmière qualifié(e). La première filière est celle des programmes de formation en soins infirmiers dispensés par les Écoles supérieures. Avec plus de 5 000 élèves inscrits, le nouveau cursus proposé par les Écoles supérieures est celui qui regroupe le plus grand nombre d'élèves infirmiers (OFFT, 2010). Alors que la réforme des études en soins infirmiers avait pour but d'attirer davantage d'étudiants, les effectifs des Écoles supérieures sont inférieurs aux niveaux escomptés (OFFT, 2010). Selon des données empiriques, cette situation pourrait s'expliquer en partie par la rémunération versée aux infirmiers/infirmières stagiaires, insuffisante pour attirer davantage de recrues. Autre filière, celle des Hautes écoles spécialisées. Ces écoles, au nombre de sept en Suisse, font fonction de « centres de formation régionaux » pour les infirmiers/infirmières, les sages-femmes et autres futurs professionnels de santé en formation.

Ces deux filières d'études ont connu des évolutions contrastées entre cantons germanophones, d'une part, et cantons francophones et italophones, d'autre part. En Suisse latine, les Hautes écoles spécialisées regroupent la majorité des élèves infirmiers⁶, et le nombre de nouveaux inscrits a augmenté au cours des dernières années. Inversement, en Suisse alémanique, la filière dominante est celle des Écoles supérieures⁷. En outre, le modèle des Hautes écoles spécialisées semble avoir eu quelques difficultés à s'implanter dans les cantons germanophones. Dans ce contexte, peut-être faut-il s'attendre à ce que la formation en soins infirmiers en Suisse évolue vers deux systèmes géographiquement distincts – les Hautes écoles spécialisées, en Suisse romande et italophone, et les Écoles supérieures, en Suisse alémanique. Qui plus est, même si les deux filières n'avaient pas vocation à former des types d'infirmiers/infirmières différents, une certaine confusion persiste, essentiellement parce que les conditions d'admission sont différentes – y compris d'une HES à une autre – et que les programmes d'étude ne sont pas harmonisés (OFFT, 2010). Enfin, il existe depuis peu des masters et des doctorats ès sciences infirmières⁸. Ces nouveaux cursus marquent un progrès important, car ils contribuent à renforcer les recherches sur les questions touchant aux soins infirmiers en Suisse et peuvent ainsi largement influencer sur la formation des enseignants en sciences infirmières.

À la lumière de ces réformes, nombreuses et complexes, la Confédération, les cantons et l'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé (OdaSanté) ont élaboré conjointement un « Plan d'études cadre » pour les professions non universitaires de la santé. Ce plan a pour objectif d'améliorer la collaboration et la coordination entre les

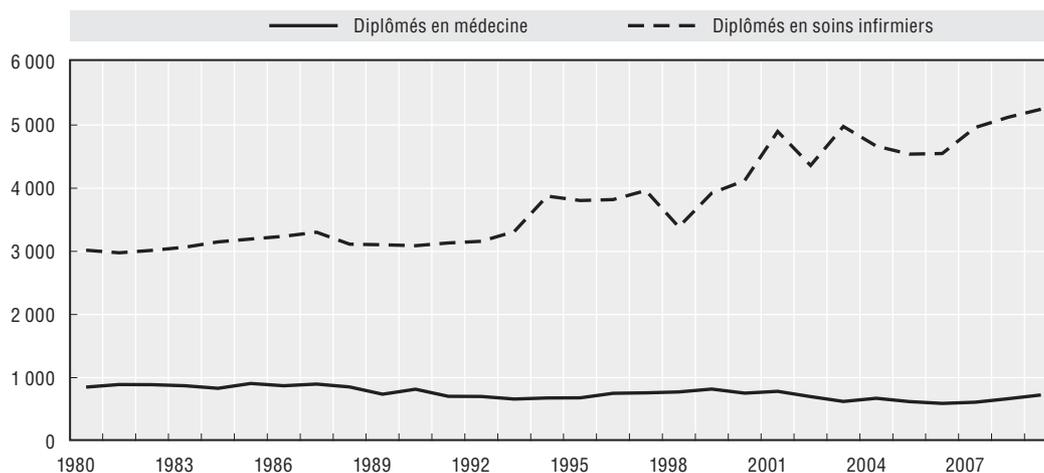
principaux intervenants de la formation en santé. Il entend également clarifier la situation concernant les programmes de formation proposés par les Écoles supérieures, d'une part, et les Hautes écoles spécialisées, d'autre part ; faciliter l'ouverture d'un nombre de places de formation suffisant pour répondre aux besoins ; et veiller à ce que les programmes de formation en soins infirmiers de l'ensemble des Hautes écoles spécialisées appliquent les mêmes exigences.

La Suisse forme-t-elle suffisamment de professionnels de santé ?

Entre 1980 et 2009, les effectifs des diplômés en médecine et en soins infirmiers ont suivi des courbes différentes, comme l'illustre le graphique 3.9. Le nombre annuel moyen de nouveaux diplômés en médecine a décliné au fil du temps : de 860 dans les années 80, il est tombé à 676 dans les années 2000. Malgré tout, la tendance est repartie légèrement à la hausse ces dernières années.

En outre, dans l'anticipation d'une pénurie de personnels de santé, des mesures ont été adoptées pour augmenter les effectifs d'étudiants en médecine et en soins infirmiers. Les universités de Zurich, Berne et Bâle ont assoupli leur *numerus clausus*⁹ pour les étudiants en première année de médecine. De ce fait, le nombre d'étudiants en première année est passé de 937 en 2005 à 1 160 en 2010 (communication personnelle avec l'OFS, 2011).

Graphique 3.9. **Nombre de diplômés en médecine et en soins infirmiers en Suisse, 1980-2009**

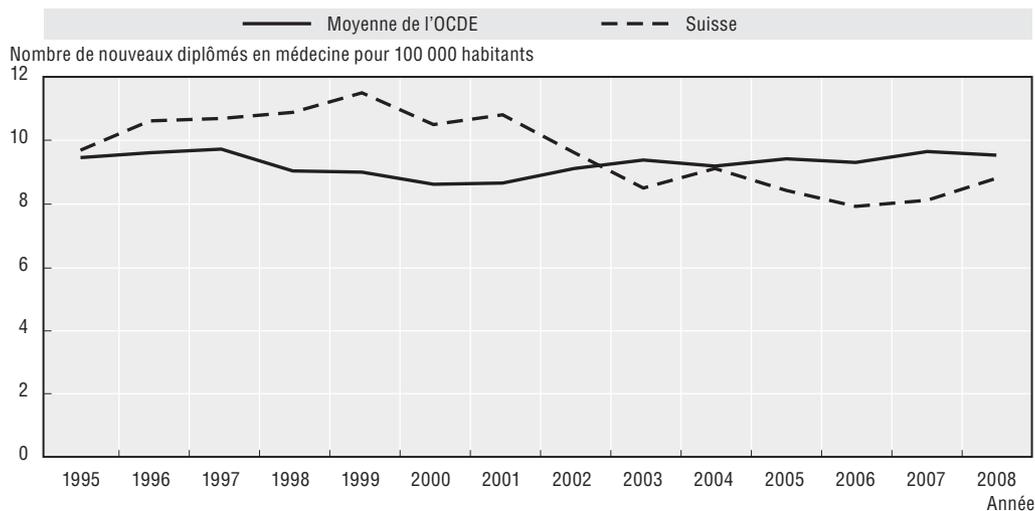


Source : Communication personnelle avec l'OFS (2011).

Néanmoins, le nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants a décliné au fil du temps, ainsi que le montre le graphique 3.10. Cette évolution tranche avec celle observée dans l'ensemble des pays de l'OCDE : alors qu'elle affichait un nombre annuel de nouveaux diplômés en médecine supérieur à la moyenne de l'OCDE entre 1995 et 2002, la Suisse se situe en deçà de la moyenne de l'OCDE depuis 2003.

En ce qui concerne les diplômés en soins infirmiers (qualifiés et auxiliaires), leurs effectifs ont fortement augmenté entre 1980 et 2009. Comme on peut le voir sur le graphique 3.9, le nombre annuel de nouveaux diplômés en soins infirmiers est passé de 3 018 en 1980 à 5 250 en 2009, soit une hausse supérieure à 50 %. En outre, le ratio de

Graphique 3.10. **Nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants, 1995-2008, moyenne de l'OCDE et Suisse**



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

diplômés infirmiers par millier d'habitants, en Suisse, est l'un des plus élevés de la zone OCDE, ce qui n'est pas le cas du ratio de diplômés en médecine.

En dépit des mesures prises pour augmenter le nombre de nouveaux diplômés en médecine et en soins infirmiers, il semble que ce ne sera pas suffisant pour éviter les pénuries anticipées en personnels de santé. Par exemple, les effectifs annuels actuels de diplômés en soins infirmiers sont très insuffisants pour satisfaire les besoins futurs (cf. tableau 3.1). Au cours des dernières années, le nombre annuel moyen de nouveaux diplômés s'est élevé à 2 279 pour les infirmiers/infirmières qualifié(e)s et à 2 320 pour les infirmiers/infirmières auxiliaires ; or, pour satisfaire les besoins en personnels de santé futurs, il faudrait former chaque année, d'ici 2020, 2 415 infirmiers/infirmières qualifié(e)s et 2 103 infirmiers/infirmières auxiliaires de plus (CDS et OdASanté¹⁰, 2009).

Tableau 3.1. **Nombre annuel de nouveaux diplômés en soins infirmiers et besoins prévisibles**

	Nombre annuel moyen de nouveaux diplômés	Besoins annuels prévisibles	Décalage entre les besoins et le nombre annuel moyen de nouveaux diplômés
Infirmiers/infirmières qualifié(e)s	2 279	4 694	-2 415
Infirmiers/infirmières auxiliaires	2 320	4 423	-2 103

Source : CDS et OdASanté (2009).

Le renforcement des capacités de formation dans l'espoir d'augmenter le nombre des professionnels de santé est donc une option sérieuse et intéressante à envisager. Néanmoins, les problèmes de faisabilité et de viabilité ne sont pas négligeables. Il est probable qu'une telle mesure aura d'importantes implications en termes de coûts, en particulier pour les étudiants en médecine, dont la formation est très coûteuse. La décision d'accroître sensiblement le nombre d'étudiants formés en soins de santé serait fortement ressentie au niveau des budgets cantonaux, dans la mesure où les cantons financent la

majeure partie des coûts de formation du personnel de santé. En outre, une hausse substantielle du nombre d'étudiants pourrait être préjudiciable à la qualité de l'enseignement, si la faculté ne dispose pas d'un personnel assez nombreux ou si les établissements sont mal ou insuffisamment équipés pour la formation médicale spécialisée.

Si les contraintes financières et organisationnelles peuvent représenter un frein majeur à l'augmentation du nombre d'étudiants dans les filières de soins de santé, une autre difficulté réside dans la capacité à attirer davantage d'étudiants, en particulier dans le contexte de projections démographiques qui tablent sur un déclin continu du groupe des 15-24 ans (OCDE, 2008). On peut penser que les différents secteurs de l'emploi vont se livrer une concurrence de plus en plus âpre pour attirer les jeunes. Les filières médicales devraient être plus ou moins épargnées par ce problème dans la mesure où le nombre de candidats est toujours largement supérieur au nombre de places disponibles dans les facultés de médecine suisses¹¹ (cf. tableau 3.2) et où les professions médicales continuent de jouir d'une image et d'un prestige indéniables (Portenier *et al.*, 2007). Cependant, ce n'est peut-être pas vrai pour tous les domaines de la médecine, en particulier pour la médecine générale, qui semble avoir perdu une partie de son attrait aux yeux des étudiants en médecine et des jeunes médecins. Par exemple, une étude réalisée par la faculté de médecine de l'Université de Bâle constate que seulement 10 % des étudiants en médecine ont l'intention de s'orienter vers la médecine générale (IHAMB, 2005). D'autres études sont parvenues à la conclusion que seule une petite proportion des étudiants en médecine actuels et des jeunes médecins envisageait de pratiquer la médecine générale (Buddeberg-Fischer *et al.*, 2006 ; Waeber *et al.*, 2009 ; Jeannin *et al.*, 2007).

Tableau 3.2. **Études médicales : nombre de candidats et nombre de places offertes dans les universités, année universitaire 2010/11**

Université		
Université	Nombre de candidats	Nombre de places
Bâle	618	130
Berne	581	180
Fribourg	179	103
Genève	537	187
Lausanne	548	197
Neuchâtel	88	47
Zurich	1 273	240
Total	3 824	1 084

Source : Conférence universitaire suisse (2010).

S'agissant du secteur infirmier, les projections démographiques sont telles qu'il sera plus difficile d'augmenter notablement le nombre d'élèves dans la filière. Contrairement à ce qui se passe en médecine, le nombre de candidats n'est pas supérieur au nombre de places offertes, de sorte que la marge d'augmentation du nombre potentiel d'élèves en soins infirmiers n'est peut-être pas si importante que cela actuellement. De plus, comme on l'a déjà indiqué, les programmes de formation en soins infirmiers des Écoles supérieures rencontrent déjà quelques difficultés pour remplir les places disponibles. Enfin, la profession infirmière souffre d'un déficit d'image par rapport à la profession médicale, qui risque d'exacerber les difficultés de recrutement dans la filière (Hutmacher, 2004). Cependant, les réformes et changements introduits dans la formation des personnels infirmiers, notamment le succès des nouvelles professions telles que l'assistant(e) en soins et santé

communautaire (ASSC) (Lehman *et al.*, 2011), et la hausse régulière du nombre d'élèves en soins infirmiers enregistrée ces dernières années permettent de penser qu'il existe des possibilités réelles d'augmenter le nombre d'élèves dans les filières infirmières.

À la lumière de ces éléments, le développement et le renforcement des capacités de formation de la Suisse semblent être une option prometteuse pour accroître le nombre de travailleurs formés dans le domaine de la santé. Et cet argument acquiert encore plus de force si l'on considère l'importance des migrations de travailleurs de santé en Suisse.

3.4. Les migrations internationales de travailleurs de santé et la Suisse

La question des migrations internationales de travailleurs de santé a acquis une visibilité accrue au cours des dernières décennies. Les flux migratoires ont augmenté en quantité et en complexité (OCDE et OMS, 2010). De par leur nature et leur ampleur, les migrations internationales de travailleurs de santé peuvent avoir diverses incidences. Du côté des pays de destination, l'immigration de travailleurs de santé peut apporter du renfort aux personnels de santé existants ; du côté des pays source, l'émigration de travailleurs de santé peut contribuer à affaiblir un peu plus des systèmes de santé déjà fragiles (OCDE et OMS, 2010).

Les migrations internationales jouent un rôle important dans les pays de l'OCDE dans la mesure où, en moyenne, 18 % des médecins et 11 % des infirmiers/infirmières sont des migrants, comme le montre le tableau 3.3 (OCDE, 2007). Toutefois, cette proportion est encore plus élevée en Suisse, où elle est d'environ 30 % pour les médecins comme pour le personnel infirmier (OCDE, 2007).

Tableau 3.3. **Pourcentage de médecins et d'infirmiers/infirmières immigrés en exercice dans les pays de l'OCDE (personnes nées à l'étranger)**

	Infirmiers/infirmières (%)	Médecins (%)
Nouvelle-Zélande	23.2	46.9
Australie	24.8	42.9
Irlande	14.3	35.3
Canada	17.2	35.1
Royaume-Uni	15.2	33.7
Luxembourg	25.8	30.2
Suisse	28.6	28.1
États-Unis	11.9	24.4
Suède	8.9	22.9
Portugal	13.9	19.7
France	5.5	16.9
Pays-Bas	6.9	16.7
Norvège	6.1	16.6
Autriche	14.5	14.6
Belgique	6.6	11.8
Allemagne	10.4	11.1
Hongrie	3.1	11.0
Danemark	4.1	10.9
Grèce	9.7	8.6
Espagne	3.4	7.5
Turquie		6.2
Finlande	0.8	4.0
Pologne	0.4	3.2
Mexique	0.2	1.5
Moyenne OCDE	10.7	18.2

Source : OCDE (2007).

Dans leur étude, Jaccard-Ruedin et Widmer (2010) dressent une analyse détaillée des travailleurs de santé immigrés en Suisse. La part des professionnels de santé immigrés est particulièrement élevée dans le secteur hospitalier. Selon les estimations des auteurs, 39 % du personnel de santé auxiliaire, 38 % des personnels de soins de niveau tertiaire et 35 % des médecins et autres professionnels de santé de formation universitaire sont des migrants (*op. cit.*). Les migrations internationales de travailleurs de santé vers la Suisse se sont intensifiées dernièrement : la part des professionnels de santé immigrés est ainsi passée de 33 % en 2002 à 36 % en 2008, en moyenne. La hausse a été plus abrupte pour les médecins, la proportion de praticiens immigrés passant de 29 % à 35 %. Sur le plan des caractéristiques démographiques, la comparaison des professions de santé dans les hôpitaux suisses permet de constater que la part des femmes est plus réduite parmi le personnel de nationalité étrangère pour toutes les professions à l'exception des médecins et autres formations universitaires (*op. cit.*). On observe également des disparités géographiques : la part des travailleurs de santé immigrés est plus élevée dans les hôpitaux de Suisse latine que dans les hôpitaux de Suisse alémanique (*op. cit.*). Il existe très peu d'informations sur la durée de séjour en Suisse des travailleurs de santé immigrés. Néanmoins, dans une étude qualitative sur les pratiques de recrutement des personnels de santé étrangers en Suisse, Huber et Mariéthoz (2010) ont constaté que la plupart des personnes interrogées souhaitaient rester dans le pays. Dans l'ensemble, la grande majorité des travailleurs de santé immigrés viennent de pays limitrophes. En 2008, environ 77 % de l'ensemble des médecins immigrés originaires de pays limitrophes venaient d'Allemagne (Jaccard-Ruedin et Widmer, 2010). Bien que les migrations de professionnels de santé venant de pays à faible revenu soient très limitées en Suisse, ce pays contribue indirectement à aggraver les carences en personnel de santé dans certains pays à cause d'un effet domino¹².

L'importance des migrations pour la Suisse transparaît également dans le fait que, depuis quelques années, les flux annuels de médecins étrangers arrivant en Suisse sont presque équivalents aux flux annuels de nouveaux diplômés sortant des facultés de médecine suisses (Jaccard-Ruedin et Widmer, 2010). En 2008, les entrées de médecins étrangers ont même dépassé le nombre de nouveaux diplômés (*op. cit.*). On est assurément amené à s'interroger sur le caractère souhaitable et tenable de cette dépendance de la Suisse à l'égard des travailleurs de santé étrangers.

La dépendance vis-à-vis de l'Allemagne est particulièrement préoccupante : en effet, un tarissement soudain de l'afflux de médecins allemands mettrait la Suisse en mauvaise posture. Les changements récents des modalités de remboursement en Allemagne ont entraîné une hausse des revenus des médecins libéraux (GKV, 2011), en particulier dans les zones peu desservies. En outre, les mesures envisagées par les autorités allemandes pour retenir davantage de jeunes médecins dans le pays (Bundesgesundheitsministerium, 2011) laissent présager une diminution des migrations de médecins allemands vers la Suisse au cours des prochaines années. À cela s'ajoute la polémique que provoque la situation actuelle en Allemagne, certains dans ce pays estimant que la Suisse profite de l'émigration des médecins allemands sans avoir à supporter le coût de leur formation. Selon Buschle et Hänsel (2010), les coûts de formation, pour l'Allemagne, des 3 300 médecins allemands installés en Suisse se chiffrent à 917 millions EUR. Mais dans des villes comme Zurich et Bâle également, un débat a commencé à germer au sujet de l'impact des migrations de médecins allemands dans les hôpitaux suisses, notamment au niveau des interactions avec les patients et les personnels de santé.

Sur un plan plus général, la question des coûts et des avantages des migrations internationales de travailleurs de santé pour les pays d'origine et les pays de destination suscite maintes discussions au niveau international, et la question de l'éthique dans le recrutement des personnels de santé étrangers fait débat. Tous ces éléments ont concouru à l'élaboration du Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé et à son adoption par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2010.

Pour plus de cohérence entre les politiques nationales et internationales de santé, la Suisse a intégré la question des migrations internationales de travailleurs de santé au cadre de sa politique extérieure en matière de santé (OFSP, 2006). Entre autres intérêts et objectifs, cette politique vise à « réguler la migration du personnel de santé de manière à pouvoir satisfaire les besoins des marchés du travail dans les pays industrialisés ou émergents, sans pour autant priver les pays en développement du personnel nécessaire »

Encadré 3.4. Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé

Le Rapport sur la santé dans le monde de 2006 faisait état d'un déficit mondial de près de 4.3 millions d'agents de santé et identifiait 57 pays, la plupart situés en Afrique et en Asie, confrontés à une grave pénurie de personnels de santé. L'une des causes importantes de ces pénuries tient à ce que les travailleurs de santé continuent de quitter leur pays d'origine dans l'espoir de trouver des débouchés professionnels et des conditions de vie meilleurs à l'étranger. Le fait est que les flux de migrations de travailleurs de santé se sont considérablement intensifiés au cours des dernières années et que les schémas migratoires sont devenus plus complexes et concernent davantage de pays. Si tous les pays sont exposés aux effets des migrations internationales et nationales de leur personnel de santé, la situation est particulièrement critique pour ceux dont les systèmes de santé sont déjà fragiles. Dans des pays tels que la Tanzanie, le Mozambique, Haïti et la Sierra Leone, les taux d'émigration de médecins sont supérieurs à 50 % (OCDE et OMS, 2010).

Pour apporter une réponse globale aux problèmes liés aux migrations des travailleurs de santé, les délégués réunis à l'Assemblée mondiale de la santé de 2004 ont demandé que l'OMS prépare un code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. En réponse à cette requête, le Secrétariat de l'OMS a lancé un programme de travail et un processus de consultation mondial devant déboucher sur un projet de code. Suite aux discussions menées dans de nombreuses tribunes internationales et nationales, le Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé a été adopté par les 193 États membres de la 63^e Assemblée mondiale de la santé le 21 mai 2010.

Ce Code a pour objectifs de définir et promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé et de faciliter le renforcement des systèmes de santé. Les États membres l'ont conçu comme un cadre continu et dynamique devant favoriser le dialogue et la coopération au plan mondial.

Le Code repose sur un certain nombre de principes clés : droit de tous les individus de jouir du meilleur état de santé possible ; droit de toute personne, y compris les agents de santé, de quitter tout pays et de migrer vers tout autre disposé à l'accueillir et lui offrir un emploi ; pratiques de recrutement international éthiques ; renforcement du personnel de santé et viabilité des systèmes de santé ; traitement équitable des agents de santé migrants ; encouragement à la coopération internationale et soutien aux pays en développement.

Les États membres sont censés communiquer leurs données nationales sur les questions touchant au personnel et aux systèmes de santé et indiquer les mesures envisagées pour mettre en œuvre le Code sous la forme d'un rapport national unique, qui sera remis au Secrétariat de l'OMS tous les trois ans à compter de 2012. Ces rapports formeront l'ossature du rapport mondial du directeur général de l'OMS sur la mise en œuvre du Code, qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la santé en 2013 puis ensuite tous les trois ans.

Source : Tiré de OMS (2010).

(*op. cit.*). En ce sens, le Code de pratique OMS pour le recrutement international des personnels de santé représente une avancée pour la politique extérieure suisse en matière de santé. Par ailleurs, trois études ont été publiées, dans le contexte de la politique extérieure suisse en matière de santé, qui visent à analyser le rôle joué par la Suisse dans la pénurie mondiale de personnels de santé (*op. cit.*) ; les études en question sont celles de Jaccard-Ruedin et Widmer (2010), Huber et Mariéthoz (2010) et Wyss *et al.* (2010).

Le Code de pratique de l'OMS fournit des orientations utiles à la Suisse sur la question du recrutement international de personnels de santé. L'une des recommandations du Code – accroître le nombre d'agents de santé formés sur place (article 5.5) – est particulièrement pertinente au regard de la situation actuelle en Suisse.

3.5. Plus qu'une question d'effectifs

Si l'on s'accorde de plus en plus à reconnaître, en Suisse, qu'il est important de former davantage d'agents de santé sur place, il est également admis que la question des déficits n'est pas seulement une question de nombre. Les avantages découlant de la formation d'un plus grand nombre de travailleurs de santé pourraient être, dans une large mesure, annulés par les choix des étudiants. Par exemple, il est possible que les étudiants continuent de délaisser les filières ou les spécialités où les besoins sont les plus aigus ou de s'installer dans des régions où les effectifs de santé sont déjà excédentaires. De plus, en réduisant l'érosion des effectifs ou en améliorant la productivité, on pourrait aussi réaliser des gains notables en termes de personnel. Dans ce contexte, il est également essentiel de veiller à mieux utiliser les ressources humaines existantes et, de fait, les politiques axées sur le statut professionnel et les conditions de travail mobilisent une attention croissante à l'échelle internationale (OCDE, 2010).

S'agissant des conditions de travail du personnel infirmier, certaines stratégies mises en œuvre dans le contexte du travail, telles que l'aménagement des horaires de travail, les initiatives en faveur des familles (notamment l'augmentation du nombre de garderies), l'octroi de prestations de congé et d'indemnités et les pratiques relatives à la sécurité semblent avoir un effet positif sur la rétention du personnel infirmier (OCDE, 2008). Les « hôpitaux aimants » (*magnet hospitals*) offrent une illustration intéressante des différentes stratégies qui peuvent s'envisager pour attirer et retenir le personnel (*cf.* encadré 3.5). L'une des approches les plus couramment employées pour réduire le taux de rotation du personnel infirmier est l'amélioration des conditions de rémunération. Bien que ces politiques aient été peu évaluées en Suisse, les études internationales montrent que les mesures d'incitation financière donnent des résultats mitigés (OCDE, 2008).

Différentes mesures ont été mises en place pour enrayer la perte d'attractivité de la profession de médecin généraliste, telles que le développement de la formation postgraduée dans les cabinets médicaux et une meilleure indemnisation financière du service médical d'urgence (OFSP, 2010b). Cependant, la pénurie imminente annoncée de travailleurs de santé fait craindre aux intervenants du secteur que ces mesures ne suffisent pas pour augmenter le nombre de médecins généralistes. Dans ce contexte, une initiative populaire fédérale visant à rendre la médecine de famille plus attrayante a été lancée et sera soumise au vote de la population suisse. Cette initiative propose de modifier la constitution fédérale de manière à renforcer le rôle de la médecine de famille et rendre la profession de médecin généraliste plus attrayante. La Confédération serait amenée à jouer un rôle plus important, notamment dans le domaine de la formation des médecins de famille. De même, elle disposerait de pouvoirs réglementaires accrus pour améliorer les conditions de

Encadré 3.5. Hôpitaux « aimants » (*magnet hospitals*)

On a pu observer que certains hôpitaux parvenaient mieux à recruter et à retenir leur personnel de santé que d'autres. Les recherches montrent que ces « hôpitaux aimants », ainsi qu'ils sont dénommés, obtiennent de meilleurs résultats selon toute une série d'indicateurs : une mortalité hospitalière ajustée sur le risque plus faible, une meilleure notation de la qualité des soins, un indice de satisfaction des patients plus élevé, des taux d'épuisement professionnel plus bas parmi le personnel infirmier et des taux de satisfaction plus élevés dans cette même catégorie. Sur le plan du personnel, ces hôpitaux ont pour eux plusieurs atouts, tels que des capacités de leadership infirmier solides, une structure organisationnelle peu hiérarchisée, une gestion participative, la souplesse des horaires et l'encouragement à l'autonomie au travail. Le nombre d'hôpitaux qui satisfont aux critères du « Programme de reconnaissance des hôpitaux aimants », lancé aux États-Unis dans les années 90 par l'American Nursing Credentialing Center, laisse à penser que des changements positifs sont intervenus dans l'environnement de travail du personnel infirmier (Aiken et Cheung, 2008). À l'heure actuelle, plus de 100 hôpitaux, aux États-Unis et dans le monde, ont reçu le label « *magnet hospitals* ».

rémunération et l'image des médecins de famille et pour faciliter l'exercice de la profession, grâce notamment à une simplification des tâches administratives. Cette initiative a néanmoins été suivie d'un contre-projet du Conseil fédéral qui, s'il reconnaît le rôle essentiel du médecin généraliste, considère que l'accent ne doit pas être mis sur une profession en particulier mais sur l'amélioration de la qualité de la médecine de base et la collaboration interprofessionnelle (Arrêté fédéral, 2011). En conséquence, le contre-projet propose de prendre en considération, outre les médecins de famille, d'autres professionnels de la santé, notamment les infirmiers/infirmières. Par ailleurs, il attribue à la Confédération un rôle moins prépondérant, même si, par exemple, il prévoit qu'elle puisse intervenir si l'offre de services médicaux de base tombe sous un seuil spécifique qui reste à définir (OFSP, 2011).

Sur le plan des transferts de tâches, la création de masters et de doctorats ès sciences infirmières, en Suisse, pourrait contribuer à développer le recours aux infirmiers/infirmières en rôle avancé et faciliter le transfert de tâches entre médecins et personnel infirmier. Les infirmières en pratique avancée comme les infirmières praticiennes jouent déjà un rôle important dans de nombreux pays (cf. encadré 3.6).

Encadré 3.6. Infirmières praticiennes/en pratique avancée

« Une infirmière spécialiste/experte est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée » (CII, 2008).

Dans certains pays comme le Canada et les États-Unis, les infirmières en pratique avancée, telles que les infirmières praticiennes, les infirmières praticiennes avancées et les infirmières cliniciennes spécialisées, sont reconnues en tant que catégorie à part entière depuis de nombreuses années. Les effectifs et la demande pour cette catégorie de personnel varient largement selon les pays. Par exemple, en 2008, le Canada comptait plus

Encadré 3.6. **Infirmières praticiennes/en pratique avancée** (suite)

de 2 000 infirmières cliniciennes spécialisées autorisées, et les États-Unis plus de 59 000. De même, le rôle dévolu à ces infirmières varie d'un pays à l'autre. Par exemple, certaines catégories d'infirmières en pratique avancée sont autorisées à prescrire des médicaments depuis de nombreuses années en Angleterre, tandis qu'en Finlande, le gouvernement n'a proposé une nouvelle législation pour autoriser les infirmières à prescrire un nombre limité de médicaments qu'en 2010. Le niveau d'études exigé diffère également entre les pays, allant d'un bachelor assorti d'une expérience professionnelle adéquate à un master.

La création de cette catégorie de professionnels de la santé a été motivée par diverses raisons, notamment le souci d'améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les pays manquant de médecins, et celui de moins accaparer le temps des médecins grâce à un transfert des tâches. L'argument de la réduction des coûts a également été mis en avant, les infirmières praticiennes coûtant souvent moins cher que les médecins.

En 2010, l'OCDE a effectué une évaluation complète des pratiques infirmières avancées dans 12 pays. La conclusion est la suivante :

« En général, les évaluations disponibles montrent que le recours aux infirmières en pratique avancée peut améliorer l'accès aux services et réduire les temps d'attente pour l'ensemble des services qu'elles fournissent. Elles montrent aussi que les infirmières en pratique avancée sont capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins dans une gamme de services qui leur sont transférés (par exemple, suivi de routine des patients souffrant de maladies chroniques, premier contact pour les personnes atteintes d'une affection mineure), dès lors qu'elles ont reçu une formation appropriée » (Delamaire et Lafortune, 2010).

Cependant, comme à chaque fois qu'il s'agit d'introduire une nouvelle catégorie de professionnels de santé, chaque pays devra bien prendre en considération ses propres système de santé et cadre d'action avant d'envisager l'adoption des pratiques infirmières avancées. Il est important que le rôle exact et les niveaux de formation exigés de ces professionnels de santé soient clairement définis à l'avance, en concertation avec un large éventail de parties prenantes parmi lesquelles les représentants des professions de santé, de différents ministères et des organismes patronaux et réglementaires.

Source : Adapté de Delamaire et Lafortune (2010).

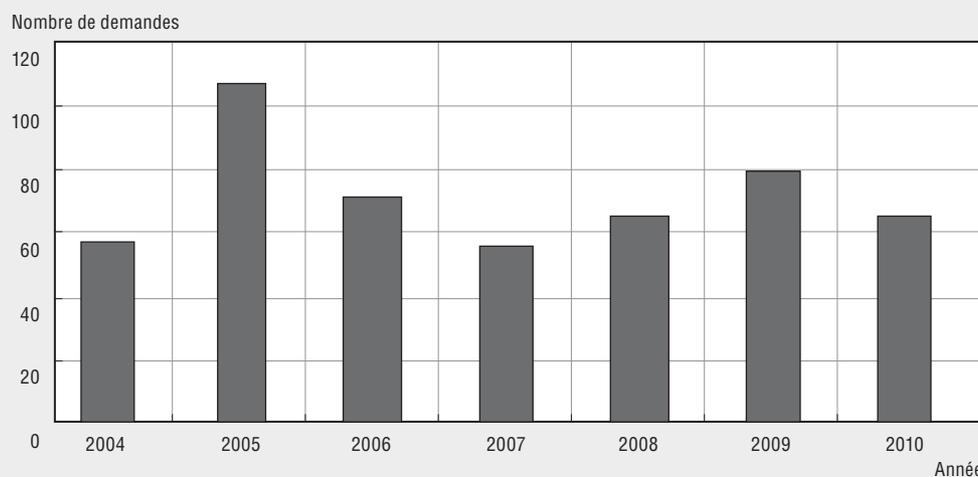
Autre piste prometteuse, enfin, celle qui consiste à encourager la réintégration dans les équipes de soins des travailleurs de santé qui ont quitté le secteur. Aux États-Unis, par exemple, d'après les résultats de la National Sample Survey of Registered Nurses de 2008, environ 15 % des infirmiers/infirmières autorisé(e)s disposant d'un agrément valide n'exerçaient pas cette profession. On dispose de très peu de données à ce sujet pour la Suisse, mais au vu des résultats préliminaires de l'étude RN4Cast, on ne peut exclure qu'un nombre appréciable d'infirmiers/infirmières ait quitté la profession, dans la mesure où 24 % de ceux et celles actuellement en poste qui envisagent de quitter leur emploi ne souhaitent pas retravailler dans cette profession (RN4CAST, 2011). Cette impression s'est vue confirmée par l'expérience menée par le Centre d'information des professions santé-social du canton de Vaud (CiPS-Vaud), qui est parvenu à réintégrer plus de 270 infirmiers/infirmières dans le secteur de la santé depuis 2004 (cf. encadré 3.7).

Encadré 3.7. Réinsertion des infirmiers/infirmières dans le secteur des soins: l'expérience du canton de Vaud

Confronté à des statistiques inquiétantes et à la nécessité de remplacer un nombre élevé de professionnels de santé à l'avenir, le canton de Vaud a décidé, en 2004, de lancer une série de programmes visant à promouvoir et renforcer le personnel de la santé dans le canton. Dans le cadre de cette initiative, le Centre d'information des professions santé-social (CiPS) consacre l'essentiel de ses efforts à aider les infirmiers et infirmières qui souhaitent reprendre leur activité professionnelle après une longue période d'absence ou renforcer leurs compétences dans un domaine spécifique des services de santé. Le programme commence par un entretien personnalisé au cours duquel l'équipe du CiPS fait le point sur les intentions, l'expérience antérieure, les compétences et les aspirations professionnelles spécifiques de chacun des candidats. Après cet entretien, le CiPS propose au participant différents projets professionnels adaptés à ses besoins spécifiques, tels qu'un bilan de compétences ou des cours d'actualisation/développement des connaissances ou compétences professionnelles. Si la personne souhaite s'initier à un autre domaine des services de soins avec lequel elle n'est pas familiarisée ou si elle s'est retirée du secteur de la santé pendant une période plus longue, le CiPS peut lui proposer d'effectuer des stages pratiques de courte durée auprès de différents prestataires de santé du canton.

Les travaux du CiPS sont évalués tous les quatre ans et, jusqu'à présent, les résultats ont été encourageants. Plus de 500 infirmiers/infirmières ont sollicité l'aide du CiPS depuis 2004, et plus de 270 ont réintégré le secteur de la santé du canton de Vaud. Une évaluation économique du programme réalisée en 2009 montre que le coût moyen pour chaque infirmier/infirmière ayant réintégré le secteur de la santé est de 8 800 CHF, une somme assurément moins élevée que celle qu'il faudrait engager pour former et recruter un nouveau professionnel. Fait intéressant, les programmes et l'aide dispensés par le CiPS sont particulièrement appréciés par les infirmiers/infirmières d'âge moyen, ou même proches de la fin de leur période d'activité professionnelle.

Graphique 3.11. Nombre de demandes d'aide à la réintégration de la profession (infirmière) par an



Source : Communication personnelle, J. Rouge, CiPS, Lausanne, 2011. Informations disponibles à l'adresse : www.cips-vd.ch.

3.6. Le défi de l'élaboration d'une vision nationale et à long terme face à la problématique des personnels de santé

Sur un plan plus général, faire face à la problématique des personnels de santé en Suisse est également rendu complexe par les difficultés qu'il y a à élaborer une vision nationale et à long terme. Ces difficultés résultent notamment de la fragmentation des responsabilités, particulièrement entre les cantons et la Confédération, et du manque de coordination entre les différents intervenants. De fait, les cantons, la Confédération, les hôpitaux, les universités, les établissements de formation professionnelle, les associations professionnelles, les assureurs maladie, etc. sont autant d'acteurs clés concernés par ces problèmes. Bien que plusieurs plates-formes et mécanismes de coordination aient été créés, chacun tend à se focaliser sur un ensemble de professions ou un niveau de formation ou un secteur particulier – secteur de l'éducation ou secteur de la santé. En outre, l'absence de planification stratégique à long terme ne facilite pas l'élaboration de politiques plus globales impliquant l'ensemble des parties prenantes. Dans ce contexte, les choix stratégiques concernant les personnels de santé, par exemple le dosage de compétences à trouver pour pouvoir satisfaire les besoins de santé futurs ou le renforcement de la coordination interprofessionnelle, risquent d'être plus difficiles.

Enfin, même si l'état des connaissances sur les personnels de santé, en Suisse, s'est amélioré, au cours des dernières années – notamment grâce aux études de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) – les systèmes d'information sur les personnels de santé restent relativement limités, en particulier pour le personnel infirmier et autres professions de santé connexes. Les bases de données et enquêtes régulières sur les personnels de santé de portée nationale sont très peu nombreuses (l'encadré 3.8 décrit l'expérience d'un autre État fédéral dans ce domaine). Ces carences du système d'information sont un obstacle majeur à l'adoption de processus décisionnels fondés sur les faits.

Encadré 3.8. L'Initiative de planification pancanadienne des ressources humaines en santé

L'Initiative de planification pancanadienne des ressources humaines en santé (RHS) a pour objectif d'améliorer et consolider la base de données probantes et la capacité d'assurer une planification coordonnée des RHS, afin de mieux appuyer les activités fédérales/provinciales/territoriales (FPT), au niveau des juridictions et au niveau de la nation, et de créer une culture où les principales questions touchant les RHS pourront être déterminées et traitées. Un certain nombre d'obstacles à la mise en œuvre ont été identifiés : manque de données cohérentes et de qualité élevée sur l'ensemble des disciplines majeures de la santé, manque de normes nationales en matière de données et d'informations cohérentes sur la productivité, l'utilisation et la demande de personnels de santé, et insuffisance des informations sur les établissements de formation et leurs capacités. D'autres défis portaient sur la coopération, notamment l'équilibre à trouver entre collaboration inter juridictionnelle et souplesse juridictionnelle, l'identification des activités communes et des activités spécifiques aux juridictions, et les moyens d'éviter les redondances avec les structures existantes et de faire participer d'autres acteurs clés extérieurs aux instances gouvernementales.

Encadré 3.8. **L'Initiative de planification pancanadienne des ressources humaines en santé** (suite)

L'Initiative de planification pancanadienne des ressources humaines en santé a donné lieu à une série de réalisations, parmi lesquelles la création d'une base de données nationale fondée sur l'offre pour cinq professions de la santé réglementées (pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes, technologues de laboratoire médical et technologues en radiation médicale), qui fournit des données probantes pour les activités de recherche et de planification des RHS. Cette base de données a remplacé plusieurs bases antérieures distinctes consacrées à ces professions, qui étaient gérées au niveau des provinces. La base des professions de santé administrée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été complétée par de nouvelles données, telles que le nombre total de professionnels, leur répartition par âge et par sexe, et le nombre de diplômés à l'échelle nationale et par juridiction. Enfin, un certain nombre d'articles ont été publiés sur les questions touchant aux personnels de santé.

De manière générale, l'existence d'un comité consultatif national ayant pour objectif de consolider la base de données probantes et de renforcer la capacité d'assurer une planification coordonnée des ressources humaines en santé à tous les échelons apparaît nécessaire dans un État fédéral. Depuis son lancement en 2002, l'Initiative de planification pancanadienne des ressources humaines en santé a permis de constituer un corpus de données, de programmes et d'études de portée nationale comparant les tendances relatives aux personnels de santé sur l'ensemble du territoire canadien et les efforts mis en œuvre pour corriger les disparités en la matière.

Notes

1. La Belgique, le Chili, l'Irlande, l'Italie, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, la Suède et la Turquie ne sont pas inclus.
2. Dans le contexte de cette étude, les termes de médecin généraliste et de médecin de famille sont employés indifféremment. Cette catégorie comprend les médecins spécialisés en médecine interne et les praticiens médicaux.
3. L'étude RN4CAST repose sur un consortium de 15 partenaires – 11 pays européens, trois partenaires de coopération internationale et les États-Unis. L'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle est l'institution chef de file pour la Suisse.
4. L'objectif de l'Étude sur le rationnement des soins infirmiers en Suisse (Étude RICH Nursing) était d'examiner la question de la priorisation et du rationnement des soins infirmiers et de cerner les liens entre le rationnement des soins et les résultats pour les patients et pour le personnel infirmier.
5. Cette loi s'applique aux professions suivantes : médecin, dentiste, vétérinaire, pharmacien et chiropraticien.
6. En mai 2004, la CDS a proposé que la formation en soins infirmiers en Suisse romande soit assurée uniquement au niveau des Hautes écoles spécialisées.
7. Même certaines écoles supérieures ont du mal à pourvoir toutes leurs places. Par exemple, en 2009, sur les 450 places disponibles au Centre bernois de formation des professions infirmières (Berner Bildungszentrum Pflege), seulement 274 ont été pourvues (OFFT, 2011).
8. Des masters sont proposés à la fois par les Hautes écoles spécialisées et par l'Université de Bâle, tandis que seules les Universités de Bâle et de Lausanne décernent un doctorat ès sciences infirmières.

9. Le nombre d'étudiants en première année a également augmenté dans les Universités de Genève, Lausanne et Neuchâtel, qui n'appliquent pas de *numerus clausus*.
10. Ces projections ne comprennent pas le secteur ambulatoire.
11. Les Universités de Bâle, Berne et Zurich ont un *numerus clausus*.
12. L'effet domino reflète en grande partie l'interdépendance des systèmes de santé et la mondialisation du marché du travail de la santé. En effet, lorsqu'un pays recrute du personnel de santé dans un autre pays, ce dernier peut se trouver contraint de recruter à son tour dans un pays tiers pour compenser le départ de ses travailleurs de santé.

Références

- Aiken, L. et R. Cheung (2008), « Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy », Document de travail sur la santé n° 35, Éditions OCDE, Paris, disponible à l'adresse : www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5kzc3dsd09f0.pdf?expires=1309941966&id=id&accname=gugue&checksum=AAD25BA496399E4CD5AB10C453238A86.
- Arigoni, F., P.A. Bovier et A.P. Sappino (2010), « Trend in Burnout Among Swiss Doctors », *Swiss Medical Weekly*, vol. 140, article n° w13070.
- Arrêté fédéral (2011), « Arrêté fédéral concernant la médecine de base » (contre-projet à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille »), Projet 06.04.2001, Berne, disponible à l'adresse : www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2013/Med_de_famille_contreprojet_f_MBversion.pdf.
- ASMAC – Association des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (2007), « 5 ans de clause du besoin pour les médecins : conférence de presse de l'ASMAC du 3.7.2007 à Berne ».
- Banz, Z., P. Mégevand et L. Feldmeyer (2011), « Réforme de Bologne dans les études de médecine en Suisse et options de carrière », *Bulletin des médecins suisses – Medical Education*, vol. 92, n° 10, pp. 385-387.
- Bauer, W. et C. Hänggeli (2010), « Le programme de formation postgraduée en médecine interne générale : le début d'une nouvelle époque », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 91, n° 49, pp. 1929-1932.
- Buddeberg-Fischer, B. et M. Stamm (2010), « The Medical Profession and Young Physicians' Lifestyles in Flux: Challenges for Specialty Training and Health Care Delivery Systems », *Swiss Medical Weekly*, vol. 140, article n° w13134.
- Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm et R. Klaghofer (2010), « Career Paths in Physicians' Postgraduate Training – An Eight-year Follow-up Study », *Swiss Medical Weekly*, vol. 140, article n° w13056.
- Buddeberg-Fischer, B., M. Stamm, C. Buddeberg et R. Klaghofer (2008), « The New Generation of Family Physicians – Career Motivation, Life Goals and Work-life Balance », *Swiss Medical Weekly*, vol. 138, n° 21-22, pp. 305-312.
- Buddeberg-Fischer, B., R. Klaghofer, M. Stamm, F. Marty, P. Dreiding, M. Zoller et C. Buddeberg (2006), « Primary Care in Switzerland – No Longer Attractive for Young Physicians? », *Swiss Medical Weekly*, vol. 136, pp. 416-424.
- Bundesgesundheitsministerium (2011), « Eckpunkte zum Versorgungsgesetz », disponible à l'adresse : www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsgesetz/Eckpunkte_Versorgungsgesetz_110408.pdf.
- Buschle, N. et K. Hänsel (2010), « Leaving for Switzerland? Getting Migration Fever », Destatis, Office fédéral de statistique, Wiesbaden.
- CDS et OdASanté – Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et Organisation nationale faitière du monde du travail en santé (2009), *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009*, CDS-OdASanté, Berne.
- Chancellerie fédérale (2002), « Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire », Chancellerie fédérale, Berne.
- Conférence universitaire suisse (2010), « Communiqué de presse – Tests d'aptitude 2010 pour les études de médecine ».

- Contandriopulos, A.P. et M.A. Fournier (2007), « Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec », Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal.
- CSST – Conseil suisse de la science et de la technologie (2006), « Quel avenir pour la médecine universitaire ? », Document CSST n° 1/2006, Conseil suisse de la science et de la technologie, Berne.
- Danon-Hersch, N. et F. Paccaud (2005), « Future Trends in Human Resources for Health Care: A Scenario Analysis », Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Delamaire, M.-L. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Document de travail sur la santé* n° 54, Éditions OCDE, Paris, disponible à l'adresse : www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/5km4hv77vw47.pdf?expires=1311863833&id=id&acname=guest&checksum=713A2A1799A48D444A0F33EBE5189879.
- Département fédéral de l'intérieur et Département fédéral des affaires étrangères (2006), *Swiss Health Foreign Policy: Agreement on Health Foreign Policy Objectives*, Département fédéral de l'intérieur et Département fédéral des affaires étrangères, Berne.
- Estryn-Behar, M., M. Kaminski, E. Peigne, M.F. Maillard, A. Pelletier, C. Berthier, M.F. Delaporte, M.C. Paoli et M. Leroux (1990), « Strenuous Working Conditions and Musculo-skeletal Disorders Among Female Hospital Workers », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 62, pp. 47-57.
- FMH – Fédération des médecins suisses (2011), « Communication personnelle ».
- Giger, M. (2009), « Le nouveau programme de formation postgraduée en médecine interne générale. Un atout pour la médecine de premier recours », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 90, n° 50, pp. 1951-1952.
- GKV Spitzenverband (2011), « Faktenblatt Ärztliche Vergütung », 21 mars 2011, disponible à l'adresse : www.gkv-spitzenverband.de/upload/Faktenpapier_Aerzte_Verguetung_16164.pdf.
- Goehring, C., M.B. Bouvier-Gallacchi, B. Künzi et P. Bovier (2005), « Psychosocial and Professional Characteristics of Burnout in Swiss Primary Care Practitioners: A Cross-sectional Survey », *Swiss Medical Weekly*, vol. 135, pp. 101-108.
- Hasselhorn, H.-M., P. Tackenberg et B.H. Müller (2004), « Working Conditions and Intent to Leave the Profession Among Nursing staff in Europe », NEXT: Nurses Early Exit Study, National Institute for Working Life, Stockholm.
- Huber, K. et E. Mariéthoz (2010), « Recherche qualitative sur le personnel de santé étranger en Suisse », Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne, disponible à l'adresse : www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Publikationen/Berichte/BT_Bericht_GDK_MigrationGesundheitspersonal_201011_f.pdf.
- CII – Conseil international des infirmières (2008), « Définition et caractéristiques des rôles des infirmières spécialistes/expertes », Conseil international des infirmières, Genève.
- IHAMB Étude Workforce (2005), « Hausärztliche Versorgungssituation in Basel-Stadt und Basel-Landschaft », Université de Bâle.
- Jaccard-Ruedin, H. et F. Weaver (2009), « Ageing Workforce in an Ageing Society », *Careum Working Paper* n° 1, Observatoire suisse de la santé, Careum, Neuchâtel.
- Jaccard-Ruedin, H. et M. Widmer (2010), « L'immigration du personnel de santé vers la Suisse », OBSAN Rapport 39, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Jaccard-Ruedin, H., F. Weaver, M. Roth et M. Widmer (2009), « Personnel de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu'en 2020 », *Document de travail* n° 35, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Jeannin, A., G. Meystre-Aguston et F. Paccaud (2007), « Relève des médecins dans le canton de Vaud », Hospices/CHUV Département universitaire de médecine et de santé communautaires et Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne.
- Kraft, E. (2010), « Communication personnelle ».
- Kraft, E. (2011), « 30 273 médecins au service de la Suisse », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 92, n° 12, pp. 440-444.

- Kraft, E. et M. Hersperg (2009a), « Donnée et démographie : informatif et passionnant (1) », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 90, n° 39, pp. 1493-1494.
- Kraft, E. et M. Hersperg (2009b), « Donnée et démographie : informatif et passionnant (3) : médecins en Suisse – Densité médicale et répartition régionale », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 90, n° 43, pp. 1647-1649.
- Kraft, E. et M. Hersperg (2009c), « Donnée et démographie : informatif et passionnant (4) : le corps médical en Suisse : formation prégraduée et formation postgraduée », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 90, n° 45, pp. 1733-1735.
- Kraft, E. et M. Hersperg (2009e), « Donnée et démographie : informatif et passionnant (6) : le corps médical en Suisse : confrères et collègues venus de l'étranger », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 90, n° 49, pp. 1911-1913.
- Kraft, E. et M. Hersperg M. (2009d), « Donnée et démographie : informatif et passionnant (5) : le corps médical en Suisse : la féminisation de la médecine », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 90, n° 47, pp. 1823-1825.
- Lehmann, P., S. Dumas, N. Viens Python et B. Guinchard (2011), « Enquête sur le devenir des ASSC dans le canton de Vaud », Haute école de la santé La Source, Lausanne, et Haute école cantonale vaudoise de la santé, rapport final, janvier 2011, Lausanne.
- OCDE (2007), *Perspectives des migrations internationales*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010), *Éco-Santé OCDE*, Éditions OCDE, Paris
- OCDE et OMS (2010), « International Migration of Health Care Workers », *Synthèses de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
- OFFT – Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (2010), « Besoin de pilotage et de coordination au niveau politique pour l'introduction de places de formation axées sur les besoins dans les professions des soins à l'échelon fédéral et cantonal », version mars 2010, Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, Berne.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2007), « L'emploi dans le domaine de la santé. Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005 », Version novembre 2007, OFS, Neuchâtel.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2006), « Swiss Health Foreign Policy: Agreement on Health, Foreign Policy Objectives », OFSP, Berne.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2009), « Situation actuelle de la médecine de premier recours », OFSP, Berne, disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=fr.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2010a), « Les migrations internationales du personnel de santé en Suisse : État des lieux et pistes de réflexion », OFSP, Berne, disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch/themen/internationales/11287/11326/11330/index.html?lang=fr.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2010b), « Situation actuelle de la médecine de premier recours », OFSP, Berne.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2011), « Rapport explicatif sur le contre-projet du Conseil fédéral à l'initiative populaire "Oui à la médecine de famille" », OFSP, Berne.
- OMS (2010), *User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, OMS, Genève, disponible à l'adresse : www.who.int/hrh/resources/guide/en/index.html.
- Pécoud, A. (2006), « De la pléthore à la pénurie de médecins : tentative de comprendre », *Revue médicale suisse*, vol. 89, n° 3089.
- Portenier, L., A. Bischoff et R. Spirig (2007), « Soins infirmiers », in G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse : 2007-2009, Survol de la situation actuelle*, Huber, Berne.
- Recueil officiel – RO (2009), « RO 2009/5339 », Recueil officiel du droit fédéral, Berne.
- Rindlisbacher, B. (2010), « Les DRG et la formation postgraduée des médecins de famille », *PrimaryCare*, vol. 10, n° 17, pp. 336-338.
- RN4CAST (2011), « Communiqué de presse ».

- Roter, D.L., J.A. Hall et al. (2002), « Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review », *Journal of American Medical Association*, vol. 288, n° 6, pp. 756-764.
- Roth, M. (2010), « Offre et recours aux soins dans les cabinets médicaux de 2005 à 2007 », OBSAN Dossier 14, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Schubert, M. (2008), « Rationing of Nursing Care: Associations with Patient Safety and Quality of Hospital Care », Dissertation inaugurale présentée à l'Université de Bâle, juillet 2008.
- Seemater-Bagnoud, L., J. Junod, H. Jaccard Ruedin, M. Roth, C. Foletti et B. Santos-Eggimann (2008), « Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030 », Document de travail n° 33, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Shamian, J., L. O'Brien-Pallas, D. Thomson, C. Alksnis et M.S. Kerr (2003), « Nurse Absenteeism, Stress and Workplace Injury: What Are the Contributing Factors and What Can/Should Be Done About It? », *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 23, pp. 81-103.
- Videman, T., T. Nurminen, S. Tola, I. Kuorinka, H. Vanharanta et J.D.J. Troup (1984), « Low Back-pain in Nurses and Some Loading Factors of Work », *Spine*, vol. 9, pp. 400-404.
- Waeber, G., J. Cornuz, J.M. Gaspoz, A. Pécoud et A. Perrier (2009), « Relève en médecine interne générale : enjeux et perspectives », *Revue médicale suisse*, vol. 5, pp. 232-236.
- Wyss, K., S. Weiss et C. Stucki (2010), « Swiss Contributions to Human Resources for Health Development in Low- and Middle-Income Countries Current Practices and Possible Future Orientations », Institut tropical et de santé publique suisse, Bâle.

Chapitre 4

Les réformes récentes du système de santé et les progrès accomplis depuis l'examen de 2006

Ce chapitre examine les progrès accomplis récemment en matière de santé publique et de prévention, de qualité des soins, de financement des hôpitaux et de produits pharmaceutiques. En dépit des résultats encourageants de ces dernières années, la santé publique et la promotion de la santé en Suisse restent largement non coordonnées et varient selon les politiques et les capacités des cantons. Alors que le débat concernant une nouvelle loi sur la prévention se poursuit, les progrès sont lents en ce qui concerne la promotion de politiques de santé préventives d'un bon rapport coût-efficacité ou l'élargissement du champ d'application de mesures préventives qui ont montré leur utilité – comme les mesures de dépistage du cancer du sein. De même, si les efforts récemment déployés pour élargir la collecte de données sur la qualité des soins sont judicieux, il demeure nécessaire de procéder à la collecte de façon cohérente au niveau national pour déterminer si la population suisse bénéficie vraiment des meilleures pratiques en matière de soins. L'adoption par la Suisse d'un système de financement par cas pour les services dispensés aux patients hospitalisés est une avancée qui devrait contribuer à accroître l'efficacité. La mesure dans laquelle cela sera effectivement le cas dépendra largement des modalités de mise en application de ces réformes par les différents cantons. Les politiques pharmaceutiques ont permis d'obtenir des résultats, mais il pourrait être fait davantage pour optimiser les dépenses de santé.

L'étude OCDE/OMS consacrée à la Suisse, en 2006, dans la série des *Examens de l'OCDE des systèmes de santé*, contenait des recommandations à l'intention des pouvoirs publics en vue d'améliorer le système de santé suisse à court et à long terme. Les chapitres précédents ont examiné les politiques récentes relatives à l'assurance et aux personnels de santé – qui étaient l'objet de nombreuses recommandations dans l'examen de 2006. Ce chapitre fait le point sur d'autres domaines qui ont fait l'objet de recommandations dans l'examen de 2006 ou dans lesquels d'importants changements se sont produits ces dernières années : la santé publique et la prévention, la qualité des soins, le financement des hôpitaux et les produits pharmaceutiques.

4.1. La santé publique et la prévention

La protection de la santé

La coordination en matière de protection de la santé s'est améliorée

La Suisse a beaucoup progressé dans le renforcement de son cadre d'action concernant la protection de la santé. La loi permet clairement aux agents fédéraux (coordonnés par l'Office fédéral de la santé publique) de jouer un rôle pilote dans la protection du pays contre les maladies transmissibles et la contamination chimique ou radiologique. Le niveau fédéral émet des directives, et les cantons sont chargés des plans détaillés et de l'exécution. Les responsabilités et les relations de travail entre les responsables fédéraux dédiés à cette tâche et les responsables concernés au niveau cantonal sont clairement définies. En ce qui concerne le contrôle des maladies transmissibles, les responsables au niveau cantonal sont les médecins cantonaux et, en ce qui concerne les incidents chimiques, ce sont les chimistes cantonaux.

Même dans cette partie bien développée du système, des problèmes de coordination peuvent surgir dans la mise en œuvre des politiques, comme l'a récemment montré la réaction de la Suisse face à l'épidémie de grippe H1N1, en 2009. Étant donné le volume très important de services liés à la protection sanitaire dont la prestation est déléguée aux cantons, les importantes disparités en termes de population, de besoins sanitaires et de ressources cantonales peuvent, souvent, se traduire par des divergences non négligeables dans les réponses apportées, en Suisse, aux menaces pesant sur la santé publique. En l'absence de directives du niveau central sur le degré de couverture en Tamiflu à assurer pour les différents groupes de la population dans les premières phases de la pandémie, il est revenu aux directeurs cantonaux de la santé le soin de décider, d'où la diversité des décisions quant à l'étendue de la couverture. Une évaluation de la stratégie suisse d'immunisation contre le virus H1N1 a montré que les plans d'intervention des différents cantons n'étaient ni normalisés ni harmonisés avec des normes minimales, que la distribution des vaccins aux cantons manquait de coordination et que la communication avait besoin d'un leadership (Ernst et Young, 2010).

Autre domaine offrant matière à des améliorations : les liens entre les alertes précoces lancées par la Suisse en cas de menace pour la santé publique et celles lancées par l'Union européenne pourraient être renforcés. Les épidémies ou contaminations graves ne connaissant pas de frontières, il faut prêter d'urgence attention à ce domaine. En outre, il

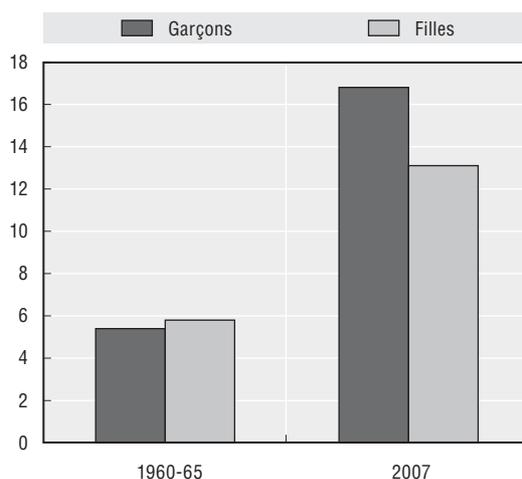
serait mutuellement bénéfique de renforcer la coopération de façon plus générale entre les experts suisses et ceux du Centre européen de prévention des maladies. Les relations avec l'Organisation mondiale de la santé sont déjà bonnes.

La prévention des maladies (non transmissibles) et la promotion de la santé

En dépit d'évolutions notables, le manque de coordination subsiste en matière de prévention et de promotion de la santé

Comme dans d'autres pays de l'OCDE, les maladies non transmissibles constituent les risques sanitaires les plus importants en Suisse. Selon les estimations, le tabagisme a entraîné 9 201 décès en 2007 – soit 15 % du nombre total des décès, ce qui en fait la principale cause des décès évitables en Suisse (OFS, 2009). Comme le graphique 4.1 ci-dessous le montre, la proportion des personnes en surpoids et obèses a augmenté, en particulier parmi les enfants âgés de 6 à 13 ans, chez lesquels elle est passée entre 1960/1965 et 2007 de 5.4 % à 16.8 % pour les garçons et de 5.8 % à 13.1 % pour les filles (Schneider *et al.*, 2009). Des études commanditées par le gouvernement fédéral ont montré que les grandes mesures de prévention qui ont été prises pour lutter contre le tabac, une consommation nocive d'alcool et les accidents de la route peuvent donner de bons résultats en Suisse (Wieser *et al.*, 2009). De même, une étude récente de l'OCDE a analysé un éventail d'interventions visant à combattre l'obésité, afin d'aider les gouvernements à choisir le portefeuille d'investissements qui permettra d'utiliser au mieux les ressources qu'ils peuvent mettre à disposition (encadré 4.1).

Graphique 4.1. **Prévalence du surpoids et de l'obésité parmi les enfants suisses âgés de 6 à 12/13 ans**



Source : Schneider *et al.* (2009).

Encadré 4.1. La lutte contre l'obésité : le rapport coût-efficacité de la prévention

Les taux de surpoids et d'obésité n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies dans tous les pays industrialisés. Les gouvernements de par le monde ont mené des interventions aux niveaux national et local pour juguler la hausse des taux d'obésité sans disposer d'un ensemble solide de preuves de l'efficacité ou des effets redistributifs de ces interventions. L'OCDE, en collaboration avec l'OMS, a souhaité analyser un éventail d'interventions effectuées pour prévenir les maladies chroniques en améliorant le régime alimentaire et en encourageant l'activité physique. L'objectif de cette analyse était d'aider les gouvernements à choisir le portefeuille d'investissements qui permettra d'utiliser au mieux les ressources qu'ils peuvent mettre à disposition.

Encadré 4.1. La lutte contre l'obésité : le rapport coût-efficacité de la prévention (suite)

À un niveau général, les interventions qui visent à s'attaquer aux déterminants individuels ou qui ciblent un groupe de personnes ne réduiront pas sensiblement l'ampleur du problème de l'obésité. Il faut plus d'une seule intervention préventive pour agir sur les multiples et complexes facteurs de risque d'obésité. Pour être les plus efficaces possible, ces interventions doivent être réalisées en collaboration avec de nombreuses parties prenantes – comme les pouvoirs publics, l'industrie et les organismes professionnels, car aucune partie n'est à elle seule en mesure de réduire de façon significative l'ampleur du problème de l'obésité.

Arrivée à ces conclusions, l'OCDE a modélisé l'efficacité et l'effet redistributif d'interventions destinées à prévenir les maladies chroniques liées à un régime alimentaire malsain et à un mode de vie sédentaire. Il a fallu modéliser les résultats produits sur la santé par les facteurs de risque liés aux modes de vie généralement associés à l'obésité. Le modèle utilisé dans cette analyse a permis de simuler la dynamique d'une population européenne. Bien que l'étude de l'OCDE récemment publiée ait appliqué ce modèle au Royaume-Uni et à l'Italie, les conclusions générales pourraient être similaires pour la Suisse.

Les principales conclusions sont notamment les suivantes :

- Les interventions ayant pour objectif de combattre l'obésité peuvent améliorer sensiblement l'état de santé – de 39 000 DALY (années de vie ajustées en fonction de l'incapacité) par an (campagnes dans les médias de masse) à 490 000 DALY par an (accompagnement intensif dans le cadre des soins primaires) dans la zone européenne – et sont d'un excellent rapport coût-efficacité par rapport à la stratégie consistant à traiter les maladies lorsqu'elles apparaissent.
- Les interventions les plus efficaces sont celles qui sont menées hors du secteur de la santé (par exemple, étiquetage des produits alimentaires, mesures fiscales).
- L'accompagnement des personnes à risque dans le cadre des soins primaires est l'intervention unique qui a le plus fort impact sur l'obésité et les affections chroniques qui y sont liées, mais c'est aussi la plus onéreuse.
- Les interventions ciblant les groupes d'âge plus jeunes mettront vraisemblablement des décennies avant d'avoir un impact et d'être d'un bon rapport coût-efficacité.
- Les stratégies associant plusieurs interventions peuvent augmenter la couverture de la population en ciblant des groupes d'âge différents et permettre ainsi d'exploiter les synergies existant entre les interventions. L'analyse montre qu'agir sur plusieurs fronts à la fois peut être jusqu'à deux fois plus efficace que l'intervention unique la plus efficace, à rapports coût-efficacité comparables.
- Trois catégories au moins d'interventions ayant pour objectif de combattre l'obésité en améliorant les habitudes alimentaires et en encourageant l'activité physique – éducation à la santé et promotion de la santé, réglementation et mesures fiscales, et accompagnement dans le cadre du système de soins primaires – présentent des rapports coût-efficacité satisfaisants.
- Dans la zone européenne, toutes les interventions ont des effets plus importants sur la santé des personnes en situation socio-économique difficile que sur celle des personnes plus favorisées.

En général, la plupart des interventions étudiées nécessitaient d'engager davantage de ressources d'entrée de jeu, alors que les résultats en termes d'amélioration de l'état de santé, bien qu'intéressants, souvent, ne s'observent que plus tard. Néanmoins, les politiques de prévention restent d'un excellent rapport coût-efficacité par rapport à la stratégie consistant à traiter les maladies lorsqu'elles apparaissent.

Source : OCDE (2010b).

La Suisse a réalisé des progrès dans sa lutte contre ces facteurs de risque majeurs. Une nouvelle interdiction de fumer dans les espaces publics fermés est entrée en vigueur en mai 2010. Elle associe normes minimales fixées par la loi fédérale et mise en œuvre par le niveau local, les cantons étant chargés de l'exécution et habilités à édicter à leur gré des dispositions plus strictes. Selon les autorités suisses, en janvier 2010, 14 cantons avaient

une législation qui allait au-delà des exigences fixées par la loi fédérale (OFSP, 2011). Cette interdiction de fumer illustre la capacité de la Suisse à profiter de sa structure fédérale très décentralisée pour permettre de moduler la ligne d'action dont les normes minimales nationales sont l'assise.

Il a également été tenté de coordonner l'orientation des efforts portant sur les risques sanitaires liés à l'alcool dans le cadre du Programme national Alcool 2008-12 et du Programme national Alimentation et Activité physique 2008-12. Ces programmes visent à créer un large consensus entre les différents niveaux de l'administration, les organismes à but non lucratif et d'autres acteurs sur les domaines d'action prioritaires. Ils ont permis d'avancer dans la constitution d'une coalition de soutien – étape importante dans le processus d'élaboration des politiques en Suisse. Cependant, hormis l'interdiction de fumer récemment introduite, aucune mesure de prévention au niveau de l'ensemble de la population (niveau auquel on peut sans doute le plus améliorer l'état de santé) n'a été introduite, ces dernières années. Dans ce contexte, les actions en faveur de la santé publique et de la prévention se sont orientées vers le financement de divers programmes de promotion de la santé mis en œuvre à plus petite échelle, généralement par des organismes à but non lucratif et des fondations.

Le système de santé publique suisse est vraiment excellent à certains égards, mais il lui faut des ressources supplémentaires et il reste fragmenté en général. La mise en place d'un cadre juridique pour faciliter le déploiement des politiques nationales en matière de santé publique fait partie des priorités d'action recommandées dans l'examen de 2006. Depuis, il y a eu des débats et discussions nourris qui ont débouché récemment sur un nouveau projet de loi sur la prévention (voir l'encadré 4.2 ci-dessous) qui est actuellement (au moment de la publication) à l'étude au Parlement.

Encadré 4.2. **Les progrès accomplis dans l'instauration d'un cadre juridique pour la prévention**

L'examen de 2006 de l'OCDE/OMS affirmait la nécessité de définir un objectif commun et de délimiter clairement les responsabilités entre les différents niveaux de l'administration pour faciliter la mise en place de politiques efficaces contre les risques sanitaires à l'échelle de l'ensemble de la population. Si la structure décentralisée du système de santé suisse offre aux cantons la possibilité de concevoir et de mener des actions de prévention adaptées au niveau local, elle rend aussi plus difficile la coordination de programmes généraux de santé publique et de prévention.

En dépit d'abondants débats et discussions sur le projet de loi sur la prévention, il n'est pas, actuellement, attribué un leadership clair au niveau fédéral en matière de promotion de la santé et de prévention. Un projet de loi est en cours d'examen au Parlement suisse. Le projet de loi vise à :

- Clarifier le rôle de la Confédération en matière de prévention et d'intervention précoce en ce qui concerne les maladies chroniques, de manière à ce que la Confédération puisse intervenir dans des domaines où une démarche nationale concertée est nécessaire, comme les campagnes d'information, les mesures d'encouragement de la recherche et du développement et l'octroi d'aides financières aux organisations à but non lucratif ayant un rayon d'action national.
- Prescrire que les objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé doivent être établis tous les huit ans et les priorités stratégiques tous les quatre ans, pour faciliter la coordination des mesures émanant des différents niveaux de l'administration et des organisations privées.

Encadré 4.2. **Les progrès accomplis dans l'instauration d'un cadre juridique pour la prévention** (suite)

- Prescrire que l'exécution des mesures de prévention, de promotion de la santé et de détection précoce relève toujours, en premier lieu, de la compétence des cantons, et que les cantons doivent supporter les dépenses liées à leurs propres mesures.
- Confier à une organisation la mission d'affecter les recettes provenant des prélèvements pour la prévention et des taxes pour la prévention du tabagisme ; faisant observer qu'une partie des produits doit être consacrée au subventionnement des programmes cantonaux conformes aux priorités nationales.

Source : Adapté de la « Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé », Office fédéral de la santé publique (septembre 2009).

Le projet de loi (dans sa version actuelle) contient, certes, diverses initiatives qui contribueront à favoriser la coordination en matière de santé publique, mais sa portée pourrait être limitée, car il ne prévoit pas de mécanismes formels pour assurer la mise en œuvre des politiques nationales de santé publique. Il stipule que les cantons continuent de jouir d'une très grande latitude dans la mise en œuvre des mesures visant à répondre aux priorités nationales convenues en matière de prévention. Cependant, de nombreux cantons – sur qui le financement et le fonctionnement de leurs services de soins aigus font déjà peser de lourdes responsabilités et d'importantes pressions financières – ne disposent apparemment pas du personnel qui leur permettrait de jouer un rôle moteur en matière de prévention. La nécessité ou non de la création au niveau fédéral d'un centre d'excellence pour la prévention et la promotion de la santé a été abondamment débattue. Le contenu du projet de loi étant en cours d'examen, reste à voir si la Suisse sera en mesure de donner naissance à une réforme capable d'affecter les ressources au soutien d'une démarche nationale coordonnée pour les mesures reposant sur une base factuelle.

Que ce soit par le biais de la loi sur la prévention ou d'autres moyens, il serait bénéfique d'améliorer la coordination dans le domaine de la santé publique en Suisse. La nature fortement locale et participative de la gouvernance civique en Suisse est un atout pour développer des solutions adaptées au niveau local en matière de santé publique. Mais il reste très difficile de mieux définir exactement qui doit se charger de quoi à chaque niveau de l'administration et comment ces efforts doivent être coordonnés efficacement. C'est une tâche non négligeable qui pourrait bénéficier d'un examen attentif.

La Suisse éprouve également des difficultés à se doter des ressources humaines nécessaires pour faire de la santé publique une priorité dans le système de santé. On observe un manque de formation continue formelle pour les diplômés en santé publique ayant des qualifications médicales et ceux n'en ayant pas. Or les autorités fédérales et cantonales ont de vastes possibilités de donner un rôle à jouer aux professionnels de la santé publique au sein de leurs structures organisationnelles. Cela pourrait faciliter le recentrage si nécessaire sur les améliorations à apporter sur un large front aux systèmes, structures et politiques de santé existants, ce qu'il est difficile de réaliser dans le cadre du modèle actuel se caractérisant par la volonté des cantons de passer contrat pour des programmes de santé publique spécifiques (et souvent à petite échelle).

Le dépistage du cancer du sein est un exemple manifeste des difficultés de coordination

La lenteur des progrès enregistrés dans la mise en œuvre de la recommandation conjointe en 2006 de l'OCDE et de l'OMS préconisant d'instaurer un programme national de dépistage du cancer du sein illustre la difficulté à mettre en place des programmes nationaux de prévention et de santé publique dans le cadre des dispositifs actuels de la Suisse. Si la périodicité et l'âge appropriés font encore l'objet de discussions, le dépistage par mammographie est une méthode de détection précoce d'un bon rapport coût-efficacité permettant d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients. La majorité des pays de l'OCDE ont des programmes nationaux de dépistage du cancer du sein qui sont exécutés dans le cadre d'une stratégie visant à toucher la grande majorité des femmes. De précédentes études ont montré que la mise en place du dépistage dans certains cantons a permis de réduire la mortalité chez les femmes de 55-74 ans (NICER, 2010). Il ressort d'une autre étude sur la Suisse que le dépistage par mammographie organisé s'accompagnant d'une forte participation serait d'un meilleur rapport coût-efficacité qu'un dépistage opportuniste (Gelder *et al.*, 2008). Des études ont également indiqué que rendre facilement accessible et bon marché le dépistage du cancer du sein contribuerait à résorber les disparités en matière d'adoption de mesures de prévention du cancer du sein chez les femmes immigrées et à faibles revenus (Fontana et Bischoff, 2008).

Alors que les organisations de lutte contre le cancer en Suisse ont encouragé l'adoption d'un dépistage par mammographie organisé de façon cohérente au niveau national, les approches varient substantiellement selon les cantons. Actuellement, les mammographies de routine pour les groupes de population ciblés en Suisse ne sont prises en charge par l'assureur (et gratuites pour les patients) que dans les six cantons qui ont mis en place leur propre programme de prévention. Par une récente décision, le Parlement suisse a stipulé clairement que les caisses d'assurance doivent prendre en charge le coût du dépistage par mammographie lorsque ce dépistage est effectué dans le cadre d'un programme cantonal plus vaste. C'est une avancée importante, mais une action reste nécessaire au niveau des cantons (outre un effort d'investissement) pour élargir le champ de la couverture. Certes, les cantons commencent à introduire des programmes de dépistage par mammographie – ceux de St-Gall, des Grisons et de Berne l'ont fait, l'an passé – mais les progrès dans la mise en place d'une approche nationale coordonnée sont lents.

Les inégalités en matière de santé

Il faut un minimum de données nationales sur la santé pour déterminer l'ampleur des inégalités en matière de santé

La Suisse semble mieux tolérer les écarts entre communes et entre cantons en matière de santé et de bien-être que de nombreux autres pays. Dans le domaine des inégalités de santé, les initiatives politiques ont souvent porté sur des thèmes choisis, comme la récente stratégie « Migration et santé » ayant pour objectif de mieux assurer le suivi sanitaire de la population des migrants. S'il est plausible qu'en Suisse les inégalités de santé ne soient pas aussi prononcées que dans d'autres pays de l'OCDE, on manque d'informations sur les résultats sanitaires pour certains groupes de la population. D'abondantes données ont montré que les disparités en matière d'état de santé et de résultats des services de santé sont souvent liées à la classe sociale et au dénuement – cela a été démontré dans de vastes études nationales comme dernièrement le rapport Marmot, au Royaume-Uni, et dans des études comparatives internationales (Mackenbach *et al.*, 2008). Les données d'ensemble et cohérentes au niveau national sur l'état de santé et les résultats pour la santé des

différentes catégories socio-économiques et géographiques de la population suisse sont limitées. On dispose de données sur les résultats sanitaires et sur la mortalité liés au revenu et au niveau d'instruction, mais l'on ne cherche apparemment pas systématiquement à identifier les groupes qui, en Suisse, sont victimes d'inégalités systémiques qui sont souvent liées, par exemple, au développement pendant la petite enfance, à la perception d'aides publiques, à l'emploi et à la structure familiale. Les décideurs suisses pourraient s'appuyer, dans un premier temps, sur la base de données Éco-santé de l'OCDE et sur la base de données européenne de la Santé pour tous de l'Organisation mondiale de la santé pour savoir quels indicateurs il serait utile de collecter.

4.2. La qualité des soins

De plus amples informations sont nécessaires pour assurer le suivi de la qualité des soins. Des progrès encourageants, mais limités, ont été réalisés dans la mise en œuvre de la recommandation de l'examen de 2006 préconisant que la Suisse mette en place un cadre national pour évaluer la qualité des soins dans les services de santé. L'examen de 2006 soulignait que le système de santé suisse reposait fortement sur l'autorégulation professionnelle et sur diverses initiatives du niveau institutionnel pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Depuis, des mesures ont été prises progressivement pour accroître l'éventail et la cohérence des données sur la qualité des soins. À partir de 2009, l'Office fédéral de la santé publique a publié les nombres de cas et les taux de mortalité pour 30 groupes de pathologies différents. Une nouvelle organisation – l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) – a été chargée d'élaborer et de mettre en place des indicateurs mesurant la qualité dans les hôpitaux et cliniques du pays. Le programme de l'ANQ avait pour objectif de mesurer une série d'indicateurs de la qualité des soins, notamment les taux de réhospitalisation, les taux de réopération, les taux d'infection sur le site opératoire, les chutes, les escarres et la satisfaction des patients. La participation dans le cadre de ce programme s'effectue pour l'instant sur la base du volontariat dans le cadre d'un projet pilote, mais il est prévu de rendre obligatoire la collecte des résultats et leur publication pour tous les hôpitaux.

La création récente d'une carte d'assuré est un autre élément de base important pour développer des systèmes d'information sur la santé pouvant contribuer à améliorer le suivi des résultats (et de l'expérience) des patients afin de relever la qualité des soins. La carte d'assuré ne stockera que des données administratives dans un premier temps, mais des expériences sont en cours, dans plusieurs cantons, pour offrir la possibilité d'utiliser la carte pour stocker des données médicales consultables par les différents professionnels de la santé. Ce système pourrait améliorer directement la précision du diagnostic et diminuer le nombre des examens et diagnostics redondants. Il permettrait, aussi, de collecter des données susceptibles d'aider les pouvoirs publics à mieux évaluer la qualité des soins dispensés par les prestataires de services de santé.

En général, les données sur la santé sont encore collectées de façon fragmentée en Suisse. Parallèlement à la mission de l'ANQ décrite plus haut, l'Office fédéral de la santé publique collecte des données nationales concernant le contrôle des maladies transmissibles. L'Office fédéral de la statistique recueille des données sur la mortalité et réalise l'Enquête suisse sur la santé. Le reste de la collecte des données – et leur exploitation dans l'objectif d'accroître la qualité des soins – n'est effectué en grande partie que de façon locale et selon des modalités spécifiques pour tel ou tel prestataire ou canton.

Par exemple, les systèmes de notification d'erreurs qui existent dans certains hôpitaux sont régis par les établissements et les assureurs et, souvent, les projets individuels ne sont pas interconnectés ou comparables. Il faudrait que les pouvoirs publics, les professionnels de la santé et les statisticiens définissent des objectifs communs pour que la Suisse puisse remédier plus facilement aux lacunes de la collecte actuelle des données. La Suisse gagnerait à ce qu'un ensemble minimal de données nationales sur la santé soit défini, lequel couvrirait dans l'idéal les résultats sanitaires de l'ensemble de la population et la qualité des soins de la gamme complète des services de santé. Ces données pourraient être collectées et communiquées par différentes agences et organisations comme les pouvoirs publics suisses le jugent bon, mais la coordination et une orientation nationale seront indispensables pour créer une ressource de long terme apte à éclairer sur les améliorations à apporter au système de santé suisse.

Encadré 4.3. **La qualité des soins et les progrès concernant les registres du cancer en Suisse**

Les registres du cancer sont un exemple particulier des progrès limités qui ont été réalisés dans la mise en place des systèmes de données cohérents (ou coordonnés) à l'échelle nationale nécessaires pour contribuer à améliorer la qualité des soins en Suisse. Comme de nombreux cantons appliquent leurs propres programmes de dépistage du cancer et sont affiliés individuellement à des registres du cancer régionaux, il n'y a guère de données récentes et cohérentes au niveau national sur les taux de survie au cancer et les taux de dépistage du cancer en Suisse. Il existe actuellement 11 registres du cancer, qui couvrent 22 cantons (OFSP, 3 décembre 2010).

Étant donné que les registres du cancer couvrent une maladie rare qui n'affecte qu'une fraction de la population, ils doivent être tenus à grande échelle pour produire des données significatives pour l'analyse et la surveillance, aussi le système suisse des affiliations à un registre du cancer pourrait être inefficace dans ce pays dont la taille de la population et la superficie sont inférieures à celles d'autres pays de l'OCDE. Selon les estimations, environ 68 % de la population suisse est couverte par les registres du cancer (NICER, 2010), taux peut-être insuffisant pour que les registres puissent servir à interpréter pleinement les variations de prévalence d'une période ou d'une zone géographique à l'autre. Les patients sont appelés à transcender les limites des juridictions et des dispositifs de suivi des différents registres lorsqu'ils vont dans des capitales (comme Berne et Zurich) pour y bénéficier de services spécialisés. Les registres étant souvent financés par les cantons, les universités et les groupes de recherche, il est en plus à craindre qu'ils ne soient pas en mesure de poursuivre la collecte des données (OFSP, 3 décembre 2010).

On peut penser que le champ limité de la couverture et les difficultés de comparaison limitent l'intérêt potentiel de recourir à la surveillance du cancer pour mieux identifier les tendances et les améliorations en matière de résultats thérapeutiques. Dans cette perspective, l'intention du gouvernement fédéral de mettre en place d'ici 2012 une nouvelle législation pour harmoniser les législations cantonales et réguler l'enregistrement des cancers est un progrès, en particulier si cela ne se limite pas à la surveillance épidémiologique mais, en plus, facilite l'évaluation des services médicaux qui traitent le cancer. C'est une avancée attendue depuis longtemps cependant, si l'on songe que d'autres pays de l'OCDE ayant le même niveau de développement économique – comme les Pays-Bas, la France et l'Australie – ont réussi chacun à mettre en place une couverture complète pour les registres du cancer dans le cadre de systèmes régionaux (ou fédéraux).

Il faut poursuivre les efforts pour harmoniser les actions des prestataires, des assureurs et des cantons

Comme à l'époque du dernier examen, des initiatives positives sont actuellement prises, mais reste à voir si la récente stratégie fédérale en matière de qualité débouchera sur un cadre national systématique pour mesurer la qualité des soins et si ce cadre sera ensuite déployé judicieusement de manière à ce que les résidents suisses bénéficient des meilleures pratiques en matière de soins. Une difficulté subsiste : comme les cantons sont propriétaires des hôpitaux tout en devant en assurer la qualité, ils risquent d'être plus ou moins motivés pour rechercher avec assiduité les problèmes de qualité. Ce risque est peut-être plus prononcé lorsque la viabilité de leur service local est menacée. Dans le même ordre d'idées, les programmes au niveau cantonal en faveur de la qualité qui ont eu lieu jusqu'à présent portent souvent sur les hôpitaux, et on ne dispose guère d'informations sur la qualité des soins primaires ou l'activité du secteur ambulatoire.

C'est pourquoi les efforts visant à assurer la qualité des soins en Suisse doivent être cohérents et coordonnés au niveau national. Le fait que les cantons exercent actuellement une très grande influence, financière et opérationnelle, sur les services de santé et sur les différents prestataires de services doit être pris en considération dans l'élaboration des politiques. Les autorités suisses sont les mieux placées pour savoir quelle architecture institutionnelle et quels mécanismes de coopération permettraient d'assurer le suivi des résultats sanitaires et de la performance des prestataires, mais abandonner l'autorégulation (par les prestataires de services) serait un principe directeur constructif. Cette question devrait être une priorité majeure pour un pays qui investit autant que la Suisse dans ses services de santé. Des améliorations justifiées peuvent aider les patients à faire des choix éclairés et donner aux assureurs maladie et aux pouvoirs publics les moyens de mieux évaluer le rapport coût-efficacité dans le domaine du financement des services de santé.

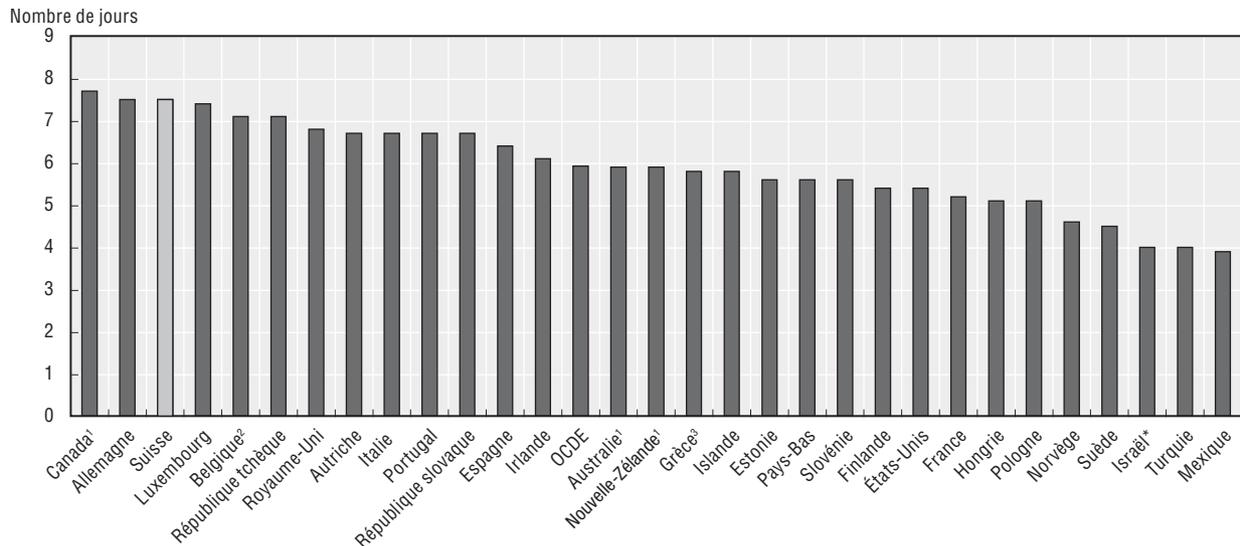
4.3. Le financement des hôpitaux

L'adoption d'une tarification et d'un financement sur la base des groupes homogènes de maladies pour les services hospitaliers devrait contribuer à accroître l'efficience...

De grands progrès ont été réalisés dans la réforme du financement des hôpitaux en utilisant un système de paiement basé sur les groupes homogènes de maladies (Diagnostic Related Groups, DRG), une recommandation majeure de l'examen de 2006 de l'OCDE/OMS. Une nouvelle organisation, Swiss DRG SA, a été créée avec pour mission de développer et d'entretenir un système tarifaire national inspiré d'un modèle allemand de financement en fonction des groupes de maladies homogènes et adapté à la situation de la Suisse (Swiss DRG, 2005). Une fois pleinement appliqué dans toute la Suisse, en 2012, ce système tarifaire national régira les paiements des régimes de l'assurance sociale obligatoire (santé, maladie, accidents, militaire et invalidité) à tous les hôpitaux (y compris les hôpitaux privés). Les barèmes seront établis à l'aide des 42 hôpitaux qui ont communiqué des données à Swiss DRG. Selon les modalités de répartition du financement, les assureurs supporteront au maximum 45 % du prix d'un service et les cantons les 55 % restants.

L'adoption de la facturation par cas fondée sur les DRG pour les services avec hospitalisation devrait inciter les hôpitaux suisses à dispenser les soins avec plus d'efficacité. Actuellement, le financement des hôpitaux varie selon les cantons, utilisant per diem et/ou paiements par DRG¹. Le recours aux paiements journaliers dans le cas des hôpitaux peut constituer une incitation à une offre excessive, car il récompense les prestataires qui font davantage d'actes (OCDE et OMS, 2006). En outre, plusieurs cantons complètent les paiements journaliers par des subventions destinées à couvrir les déficits des hôpitaux en fin d'année, ce qui favorise un environnement où les contrôles budgétaires peu rigoureux peuvent conduire à fournir des services qui pourraient être assurés de façon plus rentable en ambulatoire ou en consultation externe. L'adoption d'un système de rémunération en fonction d'un « prix » de référence pour des services relevant de diagnostics comparables devrait avantager les hôpitaux les plus efficaces et inciter ceux qui le sont moins à essayer de gagner en efficacité. Il a été démontré que cela contribue à réduire les coûts et la durée moyenne de séjour dans plusieurs pays de l'OCDE (Böcking et al., 2005). D'après les premiers résultats de l'introduction du système tarifaire fondé sur les DRG dans différents cantons suisses, ce système peut réorienter les ressources vers les soins ambulatoires (Busato et Below, 2010). Bien qu'elle ait progressivement diminué au cours de la dernière décennie, la durée moyenne de séjour à l'hôpital, en Suisse, demeure supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE (voir le graphique 4.2) et les indicateurs montrent, en outre, que la Suisse compte moins de cas de soins de jour en pourcentage du nombre total de cas par rapport à d'autres pays de l'OCDE (voir le graphique 4.3). Cela donne à penser qu'il est largement possible d'accroître l'efficacité.

Graphique 4.2. **Durée moyenne de séjour pour les soins aigus dans les pays de l'OCDE, 2009**

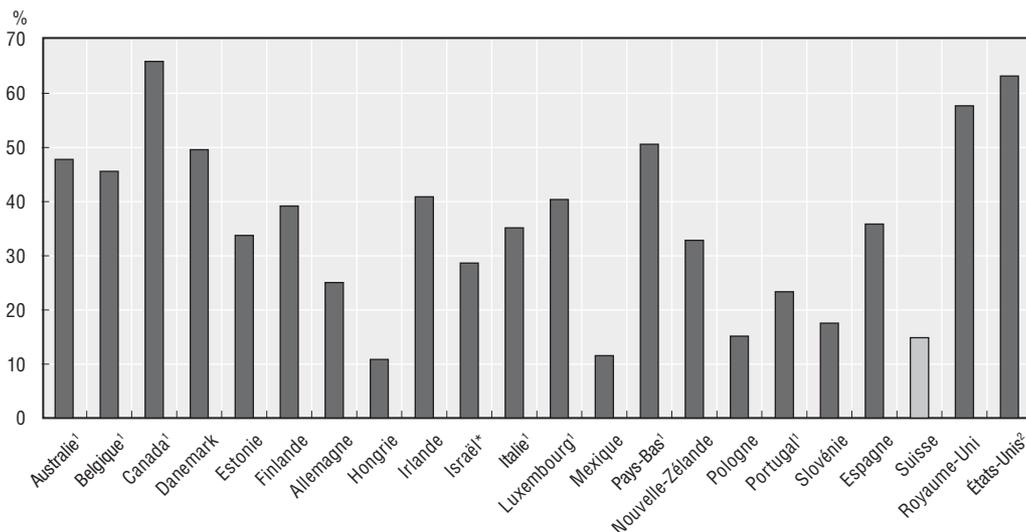


* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Données pour 2008.
2. Données pour 2007.
3. Données pour 2006.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

Graphique 4.3. **Cas de soins de jour en pourcentage du total des interventions chirurgicales effectuées dans les hôpitaux, 2008**



* Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

1. Données pour 2007.

2. Données pour 2006.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

L'introduction de nouvelles « listes » d'hôpitaux, conjointement à la modification des modalités de financement, devrait contribuer à intensifier la concurrence entre les hôpitaux en garantissant un égal traitement des hôpitaux privés et publics. Jusqu'à présent, les cantons choisissaient quels hôpitaux recevaient des subventions. Avec la réforme DRG, une « liste » d'hôpitaux sera établie ; elle recensera les hôpitaux qui pourront recevoir la part des dépenses (55 %) réglée par le canton pour chaque service fourni. En outre, les coûts d'investissement seront inclus dans le système de paiement par cas, ce qui supprimera les distorsions de concurrence qui existaient auparavant du fait que les hôpitaux recevant des subventions au titre des coûts d'investissement avaient un coût marginal par service inférieur à ceux qui n'en recevaient pas. Supprimer les subventions et indemniser les hôpitaux pour le coût de chaque hospitalisation sur la base d'une structure tarifaire uniforme devrait, en principe, orienter l'activité vers les hôpitaux les plus efficaces, qu'ils soient publics ou privés. La création de listes d'hôpitaux permet de mieux établir un lien de long terme entre le paiement des services et le respect de normes de qualité et de sécurité (comme l'accréditation de l'hôpital ou l'obligation de communiquer certaines données).

L'instauration d'un système de paiement par cas servira, en outre, de plate-forme pour l'innovation et de futures réformes. L'adoption d'une facturation fondée sur un système de DRG normalisé à l'échelle nationale contribuera à la fourniture d'informations sur la performance, en encourageant les hôpitaux à assurer une meilleure information sur les volumes d'activité et sur le coût des prestations. La classification des services devrait, en outre, permettre d'améliorer les données sur les principales pathologies (et pathologies multiples) que les hôpitaux suisses traitent. Grâce à ces informations, les DRG pourraient devenir un instrument utile pour mieux lier les paiements et la performance à l'avenir.

... mais les modalités de mise en œuvre du système de financement basé sur les DRG influenceront sur l'ampleur des gains d'efficacité potentiels

La mise en place du système de rémunération basé sur les DRG dans l'objectif de maximiser l'efficacité est un défi qu'il incombera essentiellement aux cantons de relever, lesquels sont à la fois propriétaires et exploitants de nombreux hôpitaux et financent plus de la moitié des services que ceux-ci fournissent. S'ils encouragent généralement les prestataires à réduire le coût de chaque service fourni, les systèmes de rémunération DRG peuvent aussi inciter les hôpitaux à augmenter le volume des soins qu'ils prodiguent (OCDE, 2010a). Cela pourrait s'avérer particulièrement problématique pour les cantons qui passent à un système de rémunération DRG et à une structure tarifaire nationale en même temps. C'est pourquoi les meilleures pratiques en matière d'introduction des DRG dans des pays de l'OCDE ont intégré des stratégies explicites pour faire face au risque d'une hausse des volumes et des admissions. Par exemple, lorsque les DRG ont été introduits pour la première fois pour le programme Medicare, les États-Unis ont commencé par mettre en place des dispositifs de surveillance et d'alerte pour imposer des sanctions en cas de forte augmentation du nombre des admissions (Böcking *et al.*, 2005). En France, les tarifs à l'activité sont ajustés à la baisse lorsque l'objectif de dépenses d'assurance maladie pour les soins hospitaliers est dépassé (ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Dans l'approche suisse, le modèle des groupes de maladies homogènes est établi au niveau national, mais les prix effectifs associés à ce modèle seront négociés au niveau cantonal par les hôpitaux et les associations d'assureurs. De nombreux cantons sont appelés à jouer un rôle important dans ces négociations en leur qualité de propriétaires d'hôpital. Certains cantons ont acquis une expertise en matière d'estimation et de projection du coût des DRG et des prix. D'autres sont vraisemblablement moins expérimentés. Limiter au minimum les éventuelles hausses de volume exigera une gestion vigilante au niveau cantonal.

Les autorités cantonales joueront aussi un rôle influent dans la régulation des prix négociés au niveau cantonal, avec d'importantes répercussions sur le volume des fonds alloués aux hôpitaux. Il est actuellement prévu que les autorités cantonales remplissent la fonction d'autorité d'approbation des tarifs négociés au sein d'un canton. Les cantons interviendront aussi dans la fixation des tarifs lorsque les intéressés ne parviennent pas à un accord. Dans le cadre de ce processus, l'autorité suisse de surveillance des prix a fait savoir qu'elle pourrait émettre des recommandations sur les taux de base appropriés à utiliser pour calculer le prix des services (Surveillant des prix, 2011). Si les cantons approuvent des taux supérieurs à ceux suggérés par l'autorité de surveillance des prix, ils devront en faire connaître les raisons. Certes, cela donne une architecture transparente permettant aux cantons de mieux contenir les pressions sur les coûts, mais, d'un autre côté, les gains d'efficacité potentiels pourraient être compromis par la mesure dans laquelle certains cantons seraient disposés à approuver des taux qui ne reflètent pas la structure des coûts dans un établissement donné. Comme certains cantons avaient pour habitude d'octroyer aux hôpitaux des subventions destinées à couvrir leurs déficits, les gains d'efficacité risquent aussi d'être compromis par la mesure dans laquelle les autorités cantonales allouent aux hôpitaux des fonds en dehors du système de rémunération DRG qui peuvent être utilisés par les administrateurs des hôpitaux comme complément de financement du coût de la fourniture des services hospitaliers (par exemple, fonds pour la recherche ou d'autres activités qui sont utilisés par les hôpitaux pour assurer des prestations autres que leur mission déclarée).

Les caractéristiques structurelles du système de santé suisse continueront probablement d'être une difficulté pour tirer le meilleur parti des réformes du financement...

De façon plus générale, la structure de marché dans le cadre de laquelle les rémunérations basées sur les DRG sont versées pourrait limiter l'ampleur des gains d'efficacité attendus de la réforme du financement des hôpitaux. Comme l'Autriche et le Japon, la Suisse se distingue des autres pays de l'OCDE dotés d'un système de santé financé par l'assurance en ce sens que l'État est un partenaire majeur dans le financement direct des hôpitaux (voir le tableau 4.1). Comme indiqué dans le précédent examen, le financement dual réduit l'incitation à limiter les coûts hospitaliers, les cantons risquant de se trouver en situation de conflit d'intérêts et de n'être guère motivés pour contenir les coûts en raison des multiples rôles qu'ils jouent en leur qualité de propriétaires, de financiers et de prestataires (OCDE et OMS, 2006). Selon ces nouveaux dispositifs de financement, les hôpitaux cantonaux continueront à recevoir plus de la moitié de leurs fonds des autorités cantonales. Or les hôpitaux fournissant des soins de base sont généralement obligés d'assurer un ensemble minimal de services (qui peut varier d'un canton à l'autre). Cette structure de financement, conjointement à la réglementation sur la gamme des services assurés par les hôpitaux, peut réduire la possibilité pour les gestionnaires d'hôpitaux de décider en toute autonomie de l'éventail des services qu'ils choisissent de proposer (par exemple, choisir de spécialiser l'hôpital dans tels ou tels services ou de réduire tels autres), en particulier lorsque les décisions vont à l'encontre des priorités des cantons propriétaires. Cela pourrait limiter la mesure dans laquelle les nouveaux signaux de prix introduits par le biais du système de rémunération DRG contribueront à accroître l'efficacité dans les hôpitaux.

Tableau 4.1. **Financement des hôpitaux dans les pays de l'OCDE à système d'assurance, 2007**

	Pourcentage			
	État	Assurance sociale	Assurance maladie privée	Autres financements privés
Autriche	44.5	45.8	7.2	2.6
Belgique	0.0	73.8	8.8	17.4
République tchèque	2.8	95.4	0.5	1.3
Estonie	2.4	91.6	0.5	5.5
France	1.3	91.5	4.5	2.6
Allemagne	6.2	82.2	9.4	2.2
Japon	23.5	63.8	4.1	8.6
Corée	14.8	46.7	5.6	33.0
Pays-Bas	4.1	90.1	0.0	5.8
Slovénie	0.3	87.7	8.2	3.8
Suisse	34.2	44.0	11.2	10.5

Note : Le chiffre des dépenses de l'État en Suisse peut être légèrement supérieur car il inclut les frais d'amortissement. Cependant, prendre en compte les coûts d'investissement dans les autres pays ne modifierait pas substantiellement cette donnée.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2010.

De même, la petite taille des cantons – et leur rôle fondamental dans la délimitation du périmètre des marchés hospitaliers – risque de continuer à peser sur les efforts d'optimisation des dépenses hospitalières. Douze cantons n'ont qu'un ou deux hôpitaux publics de soins généraux (c'est-à-dire non spécialisés) (OFS, 2011). Les prix étant négociés

au niveau cantonal, dans ces petits cantons les hôpitaux pourraient avoir un fort pouvoir de négociation. Selon les estimations d'une étude récente, le niveau général des prix des services hospitaliers varierait actuellement de 60 % selon les cantons (Schleiniger, 2008). Les changements actuels visant à ouvrir les frontières cantonales permettront aux patients d'être beaucoup plus libres de choisir des hôpitaux situés dans d'autres cantons et encourageront les hôpitaux situés dans les différents cantons à rivaliser de qualité. Par contre, il sera sans doute plus difficile de parvenir à une concurrence par les coûts entre les cantons. On voit mal comment des prix plus bas dans un canton pourraient induire des pressions concurrentielles sur les hôpitaux situés dans les autres cantons, et il est possible que les négociations sur les tarifs des prestations hospitalières dans chaque canton accentuent les écarts de coût des prestations de services qui existent entre les cantons (au-delà des écarts raisonnables liés au coût de la vie). En effet, l'existence d'une multiplicité de petits marchés pourrait limiter les gains d'efficacité que le système de financement fondé sur l'activité est susceptible de générer à l'intérieur d'un canton donné. Si cela bénéficie aux cantons à forte densité d'hôpitaux, cela risque de ne pas s'avérer très efficace pour remédier aux différentiels de coût dans toute la Suisse.

Enfin, l'introduction du système de financement par DRG offrira à la Suisse la possibilité de collecter de nouvelles informations sur l'efficacité (en plus des informations sur la qualité) en vue de la future planification des hôpitaux. Les réformes du financement des hôpitaux en Suisse feront passer tous les hôpitaux au financement par DRG pour tous les soins en hospitalisation. La Suisse a actuellement les plus forts taux d'accès aux services hospitaliers, avec plus de 41 hôpitaux pour un million de personnes, par rapport à la moyenne de l'OCDE de 30 hôpitaux pour un million de personnes. Déduction faite des 185 centres spécialisés et des 40 grands hôpitaux sur les 315 hôpitaux que compte la Suisse, il reste un nombre important d'hôpitaux qui auront probablement un faible volume de travail et de fortes contraintes d'offre de services (par exemple, pour maintenir les services d'urgence). L'expérience d'autres pays de l'OCDE – comme les États-Unis, l'Australie et le Canada – en matière de mise en œuvre d'un système de financement par DRG enseigne que généralement les petits hôpitaux et les hôpitaux régionaux reçoivent des fonds supplémentaires destinés à soutenir financièrement leur offre de services pour des questions d'accès. Comme le financement sera lié au nombre et à la complexité des services fournis, on peut se demander si certains hôpitaux recevront des volumes suffisants pour financer leurs besoins opérationnels courants. Comme indiqué précédemment, les autorités cantonales pourraient remédier à une éventuelle insuffisance de financement dans certains hôpitaux en autorisant des structures tarifaires plus élevées pour soutenir financièrement l'offre de services hospitalière. Mais il est important de noter que les nouvelles informations financières obtenues grâce aux réformes du financement pourront aussi aider à identifier les petits hôpitaux qui fonctionnent de façon inefficace et permettront aux cantons de mieux déterminer si le coût financier que représente la grande accessibilité des hôpitaux, en Suisse, actuellement, est une priorité en matière de dépenses.

4.4. Les produits pharmaceutiques

L'étude de l'OCDE sur les politiques pharmaceutiques de la Suisse, publiée en 2007, indiquait que les prix des médicaments brevetés étaient excessivement élevés, que le marché des génériques n'était pas suffisamment efficace et que les décisions relatives à la tarification et au remboursement manquaient de transparence (les principales conclusions

de cette étude sont résumées dans l'encadré 4.4). Depuis lors, les autorités suisses ont pris des mesures pour réduire les prix et dynamiser le marché des génériques, dont l'impact est évalué dans les paragraphes suivants. Les progrès ont été plus limités en ce qui concerne les processus décisionnels relatifs à la tarification et au remboursement.

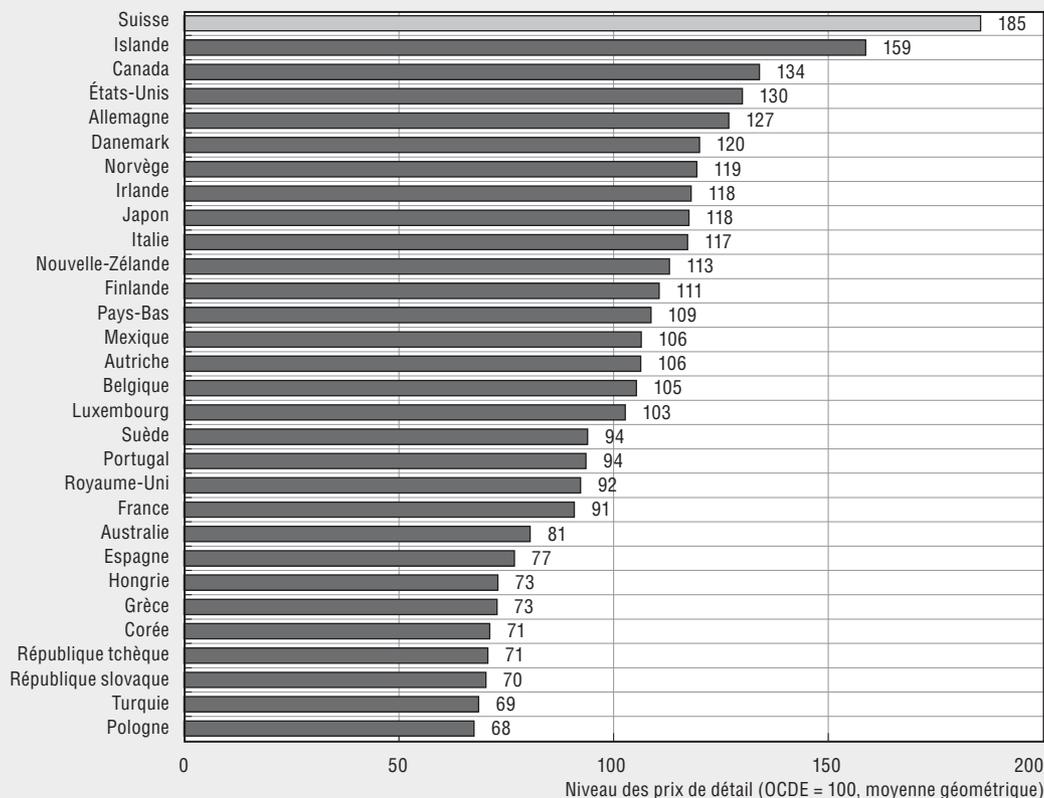
Encadré 4.4. **La politique de la Suisse en matière de prix des produits pharmaceutiques dans un contexte global**

Plus que dans de nombreux autres domaines de la politique de santé, l'action des pouvoirs publics portant sur les produits pharmaceutiques s'inscrit dans le contexte d'un marché nettement global. L'étude de l'OCDE *Les prix des médicaments sur un marché global*, parue en 2008, a examiné les répercussions nationales et au-delà des frontières des politiques de prix nationales. La Suisse fait partie des six études de cas. L'examen a permis de dégager un certain nombre de conclusions importantes sur la Suisse, qui sont exposées succinctement ci-dessous (les informations ont été actualisées lorsque cela est possible).

1. La population suisse bénéficie d'un accès rapide et à un prix abordable aux médicaments :
 - ❖ Bien qu'il serve une population peu nombreuse, le marché suisse demeure attrayant pour les entreprises, qui présentent généralement promptement à l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) leur demande d'autorisation de mise sur le marché. Swissmedic ne respecte pas toujours les délais de traitement des demandes d'autorisation de mise sur le marché, mais le retard dans le traitement des demandes observé en 2008 a été réduit et devait être résorbé en 2010 (Swissmedic, 2010). Swissmedic homologue maintenant un plus grand nombre de médicaments ayant déjà été homologués à l'étranger, sans refaire l'évaluation scientifique réalisée par des agences du médicament qu'il reconnaît.
 - ❖ Le délai d'accès au marché après obtention de l'autorisation de mise sur le marché est moins long en Suisse que dans d'autres pays européens ayant des procédures de tarification et de remboursement, à l'exception du Danemark et de l'Autriche (140 jours, d'après l'indicateur de l'EFPIA « Waiting to Access Innovative Therapies » pour les patients).
2. En Suisse, les prix de détail des produits pharmaceutiques étaient relativement élevés :
 - ❖ D'après les données collectées par l'OCDE pour calculer les parités de pouvoir d'achat, le niveau des prix de détail des produits pharmaceutiques, en Suisse, était particulièrement élevé en 2005 : il atteignait 185 % de la moyenne des pays de l'OCDE, taux le plus élevé des pays de l'OCDE (voir le graphique ci-dessous). En Suisse, le niveau des prix des produits originaux était supérieur de 74 % à la moyenne des pays de l'OCDE, et celui des génériques l'était de 125 %.
 - ❖ Même en tenant compte de ce que le niveau général des prix en Suisse est à 140 % de la moyenne des pays de l'OCDE, le niveau des prix des produits pharmaceutiques reste relativement élevé en Suisse.
 - ❖ Le niveau élevé des prix des produits pharmaceutiques, en Suisse, s'explique probablement par le niveau relativement élevé des prix fabricants et par des frais de distribution relativement importants (marges officinales et marges de gros), en dépit de taxes sur la valeur ajoutée des produits pharmaceutiques inférieures à celles d'autres pays de l'OCDE.
3. L'industrie pharmaceutique est un atout majeur de l'économie suisse :
 - ❖ Deux des dix premières entreprises pharmaceutiques mondiales sont des entreprises suisses. La production pharmaceutique représentait 3.1 % du PIB du pays en 2004 et elle a beaucoup contribué à la croissance économique suisse dans les années 90.

Encadré 4.4. La politique de la Suisse en matière de prix des produits pharmaceutiques dans un contexte global (suite)

Graphique 4.4. Niveaux relatifs des prix de détail des produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE, 2005



Note : Les prix ont été convertis dans une devise commune (USD) sur la base des taux de change moyens 2005.

Source : Eurostat-OCDE Purchasing Power Parity Programme, 2007.

- ❖ Les dépenses de R-D de ce secteur sont plus importantes en Suisse que dans tout autre pays de l'OCDE. En 2004, les entreprises ont consacré 2 milliards USD à la R-D pharmaceutique en Suisse, ce qui représentait environ 0.8 % du PIB de cette année.
- ❖ La Suisse et l'Irlande étaient les deux premiers exportateurs nets de produits pharmaceutiques en 2006, exportant respectivement pour 29.5 milliards USD et 28.7 milliards USD.

Source : OCDE (2008) ; Paris et Docteur (2007) ; Éco-santé OCDE 2011 ; Swissmedic (2010) ; EFPIA (2009) ; Base de données STAN de l'OCDE sur le commerce bilatéral 2011.

Le prix des médicaments brevetés a été abaissé

Ces dernières années, la fixation des prix des nouveaux médicaments brevetés a été quelque peu révisée de manière à les rendre meilleur marché. Comme beaucoup de pays de l'OCDE, la Suisse continue de recourir au *benchmarking* international pour négocier le prix des médicaments avec l'industrie. Le groupe des pays de comparaison a été élargi en 2006, date à laquelle la France et l'Autriche ont été ajoutées au groupe initial constitué du Danemark, de l'Allemagne, des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Depuis 2006, les autorités suisses ont procédé à trois vagues de révision des prix², la dernière étant une révision du

prix de tous les médicaments lancés entre 1955 et 2006, à partir d'une évaluation comparative avec les prix dans les six pays de comparaison (IMS, 2011). Cela a peut-être contribué à la baisse de 1.3 % du marché pharmaceutique suisse en 2010 – la première de toute son histoire. Désormais, les prix seront réexaminés (et révisés) tous les trois ans ou lorsqu'une nouvelle indication thérapeutique aura été approuvée.

Entre 2006 et 2010, l'écart entre les prix suisses et les prix dans les six pays de comparaison est passé de 38 % à 6 % (Gnägi, 2010). En 2010, l'Allemagne et le Danemark affichaient des prix supérieurs à la Suisse pour les préparations originales (respectivement de 17 % et 13 %). Depuis lors, cependant, le différentiel entre la Suisse et les six pays de comparaison pourrait s'être à nouveau creusé en raison des fluctuations des taux de change.

À l'avenir, il faudrait que les autorités suisses anticipent les changements qui se produiront dans plusieurs de leurs pays de comparaison. L'Allemagne et le Royaume-Uni ont annoncé leur intention de réguler le prix de remboursement des nouveaux produits en procédant à l'évaluation de leur rapport coût-efficacité et en adoptant une tarification fondée sur leurs mérites respectifs. La France a de même annoncé qu'elle ferait une meilleure utilisation de l'évaluation économique pour décider des prix et des remboursements. Dans le scénario le plus favorable, ces changements augmenteront l'efficacité des dépenses pharmaceutiques dans les pays de comparaison, et la Suisse en bénéficiera par contrecoup par le biais du *benchmarking* international. Cependant, l'évaluation économique dépend en principe fortement du contexte, de sorte que l'évaluation réalisée par d'autres pays pourrait ne pas refléter la « valeur » des nouveaux produits pour le système de santé suisse.

Après quelques années d'expansion, le marché des génériques stagne

La Suisse a mis en place des mesures pour encourager l'utilisation des médicaments génériques et renforcer la concurrence par les prix pour les médicaments tombés dans le domaine public (voir encadré 4.5).

Ces mesures ont eu des effets positifs sur l'essor du marché suisse des génériques de 2003 à 2006, avec une croissance moyenne de 42 % par an. Mais, depuis 2006, la croissance du marché des génériques s'est ralentie et le taux de pénétration a stagné aux alentours de 10 % de la valeur totale du marché pharmaceutique aux prix fabricant (Interpharma, 2010). Cette stagnation tient en partie à ce que les fabricants des princeps en ont abaissé le prix pour soutenir la concurrence, ce qui a rendu les génériques moins attrayants aux yeux des consommateurs, sans affecter les dépenses d'assurance maladie.

Le marché suisse des génériques pourrait être encore plus efficient. Premièrement, il demeure très concentré, deux fabricants (Sandoz et Mepha) détenant 70 % du marché (Sandoz, 2011). Deuxièmement, les prix des génériques restent très élevés en Suisse. Ils sont presque le double du prix moyen des génériques observé dans les six pays de comparaison. Ils sont plus du triple des prix des génériques néerlandais, deux fois et demie supérieurs aux prix danois et le double des prix allemands et britanniques. Par contre, les prix des princeps tombés dans le domaine public sont comparables à ceux observés dans d'autres pays du groupe de comparaison et même inférieurs aux prix allemands et néerlandais listés³ (Krause, 2010). L'étroitesse du marché suisse le rend peut-être peu attrayant pour les fabricants de génériques, mais les prix relativement élevés des princeps devraient compenser partiellement. D'autres facteurs pourraient également expliquer le faible recours aux génériques en Suisse et il conviendrait que les autorités suisses s'emploient à les identifier et à les faire disparaître.

Encadré 4.5. Mesures prises par les pouvoirs publics pour faciliter la pénétration des génériques en Suisse

Au cours des cinq dernières années, les autorités suisses ont pris diverses mesures pour encourager le recours aux génériques, notamment :

1. Incitations financières pour les consommateurs

Les patients suisses contribuent généralement à hauteur de 10 % au coût des médicaments (après paiement de la franchise indiquée dans leur police d'assurance). Fin 2005, cette contribution a été portée à 20 % (dans la limite annuelle de 933 CHF) pour les médicaments de marque pour lesquels il existe des génériques meilleur marché et interchangeables. Depuis fin 2006, les fabricants des princeps ont la possibilité d'« acheter » le droit d'abaisser la participation des patients à 10 % du coût des médicaments à condition qu'ils réduisent leur prix à un prix comparable à celui des génériques, et nombre d'entre eux l'ont fait.

À partir de juillet 2011, ce système sera encore plus dynamique. Deux ans après l'arrivée d'un générique sur le marché, la participation aux coûts différenciée sera réintroduite automatiquement dès que le prix d'un médicament interchangeable dépassera de 20 % le prix moyen des trois produits les moins chers contenant le même principe actif.

2. Régulation du prix des génériques

À l'arrivée sur le marché suisse, le prix d'un générique doit être inférieur au prix de référence du princeps. Auparavant, le prix d'un générique devait être inférieur de 40 % au prix du princeps. Depuis 2008, pour encourager l'arrivée de génériques sur le marché suisse, des remises sur les prix des génériques ont été définies en fonction de la part de marché des princeps : plus la part de marché est élevée, plus la remise l'est (voir le tableau ci-dessous). En janvier 2012, cinq catégories de parts de marché seront définies et les remises sur le prix des génériques varieront de 10 % (remise très faible) à 60 %.

Janvier 2008		Octobre 2009		Janvier 2012	
Valeur de marché ¹	Remise sur le prix du générique (%)	Valeur de marché ¹	Remise sur le prix du générique (%)	Valeur de marché ¹	Remise sur le prix du générique (%)
< 4 Mio	20			< 4 Mio	10
> 4 Mio	40	< 8 Mio	20	4-8 Mio	20
		8-16 Mio	40	8-16 Mio	40
		> 16 Mio	50	16-25 Mio	50
				> 25 Mio	60

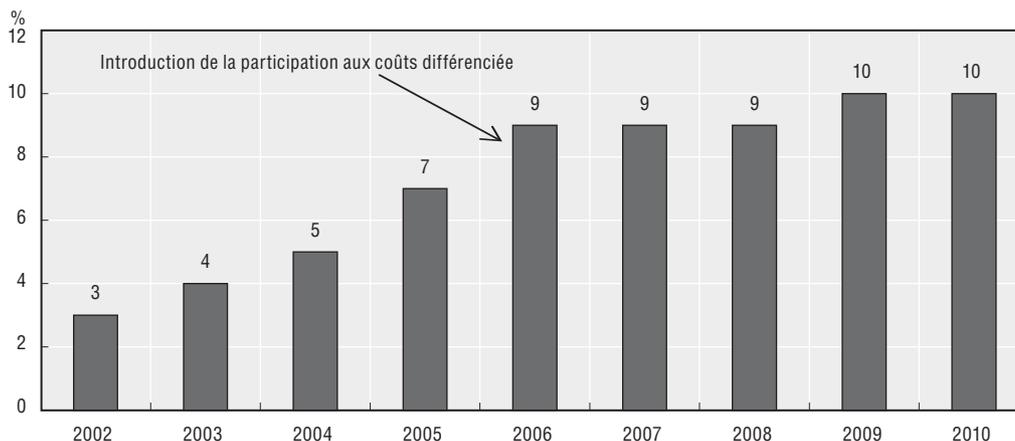
1. Valeur de marché du princeps à l'expiration du brevet.

3. Encourager les pharmaciens à substituer un générique au princeps

Cela fait maintenant plus d'une décennie que les pharmaciens sont autorisés à substituer un générique au princeps avec l'accord du patient et lorsque le médecin ne s'y oppose pas. Les pharmaciens sont légalement tenus d'informer le médecin du patient de la substitution mais, dans la pratique, ils ne téléphonent généralement pas quand ils savent que le médecin est généralement d'accord pour que la substitution soit opérée. En outre, les pharmaciens perçoivent des « honoraires de substitution » quand ils délivrent des substituts génériques.

Source : Paris et Docteur (2007) ; Sandoz (2011).

Graphique 4.5. **Évolution de la part de marché des génériques depuis 2002 (en pourcentage du total des ventes sur le marché, prix départ usine)**



Source : Données IMS, citées dans Sandoz (2011).

Les assureurs pourraient-ils abaisser les coûts pharmaceutiques en passant contrat avec les fabricants ?

D'après de récentes expériences dans des pays où les assureurs se font concurrence – comme les États-Unis, l'Allemagne ou les Pays-Bas – les prix des produits pharmaceutiques peuvent être réduits substantiellement en recourant à des listes sélectives et aux appels d'offres.

Le modèle des États-Unis est le plus libéral : chaque assureur définit la liste des médicaments couverts (liste positive) par une police donnée, et les participations aux coûts correspondantes. Les assureurs ne sont généralement soumis à aucune contrainte réglementaire quant à l'inscription des médicaments sur leurs listes. Dans les classes thérapeutiques où plusieurs médicaments peuvent être raisonnablement considérés comme des solutions alternatives, les assureurs peuvent négocier des remises ou des ristournes auprès des fabricants en contrepartie de l'inscription des médicaments sur leurs listes. Cette approche, cependant, ne serait pas compatible avec les principes énoncés dans la LAMal d'une définition à l'échelle nationale des prestations couvertes. Les approches néerlandaise et allemande seraient plus compatibles avec la liste positive nationale suisse, car les listes sélectives et les appels d'offres sont utilisés seulement (ou principalement) pour les médicaments génériques (voir encadré 4.6). Les expériences menées dans ces pays ont permis aux caisses d'assurance maladie de réaliser des économies substantielles. Elles montrent, toutefois, que les procédures d'appel d'offres doivent être soigneusement conçues de manière à s'assurer que les sociétés retenues seront en mesure d'approvisionner le marché de façon satisfaisante, sous peine de s'exposer à des sanctions, et de manière à éviter une concentration excessive du marché des génériques.

Cette démarche pourrait-elle être adoptée en Suisse et générer des gains d'efficience ? En principe, la pratique des contrats sélectifs pour les génériques n'est pas contradictoire avec l'existence d'une liste nationale uniforme de médicaments remboursables puisque les génériques sont, par définition, interchangeables. Il est difficile de dire dans quelle mesure un assureur pourrait obtenir seul, en procédant par appel d'offres, des prix inférieurs à ceux négociés par les pouvoirs publics pour toute la Suisse, mais c'est un domaine dans lequel la concurrence entre les assureurs pourrait être exploitée. Cependant, cette

Encadré 4.6. Le recours aux listes sélectives et aux appels d'offres dans les pays où les assureurs se font concurrence : les enseignements des États-Unis, de l'Allemagne et des Pays-Bas

Aux États-Unis, les assureurs maladie privés peuvent définir librement la liste des médicaments qu'ils couvrent. Les assureurs maladie et les gestionnaires des prestations pharmaceutiques passent contrat avec des sociétés pharmaceutiques depuis les années 80. Ils ont obtenu des fabricants des remises substantielles ou des ristournes confidentielles pour les médicaments protégés par un brevet, les médicaments tombés dans le domaine public et les médicaments génériques, en contrepartie d'un référencement, du statut de « médicament privilégié », voire d'un « référencement exclusif » sur leurs listes positives de médicaments brevetés et de médicaments tombés dans le domaine public vendus aux patients en soins ambulatoires (US Federal Trade Commission, 2005).

Aux Pays-Bas, les assureurs maladie sont autorisés à sélectionner un ou plusieurs produits, parmi un groupe de produits ayant le même principe actif, qui seront remboursables. Ils passent contrat avec les sociétés pharmaceutiques pour obtenir des remises de prix ou des ristournes en contrepartie de l'exclusivité du statut « médicament remboursable », pour une période de temps donnée. Les patients doivent payer de leur poche l'intégralité du prix des produits non sélectionnés, à moins qu'un médecin n'ait confirmé la nécessité thérapeutique d'un produit spécifique. Les assureurs maladie néerlandais ont eu recours à des appels d'offres conjoints et individuels. En 2005, sept assureurs maladie privés aux Pays-Bas, couvrant environ 70 % de la population, ont décidé de lancer un appel d'offres conjoint pour l'achat de trois principes actifs tombés dans le domaine public et figurant en tête des ventes (simvastatine, pravastatine et oméprazole). Les fabricants ayant proposé le prix le plus bas (ou au maximum 5 % plus cher) ont été retenus et leurs médicaments ont été fournis gratuitement aux patients tandis que les autres médicaments n'étaient aucunement remboursés. Les appels d'offres conjoints n'ont pas été étendus à d'autres principes actifs, mais 33 substances ont été répertoriées en vue d'éventuels appels d'offres individuels par des assureurs maladie. Les assureurs peuvent prendre d'autres mesures d'incitation. Par exemple, un assureur a décidé de dispenser les patients qui utilisent les médicaments privilégiés de la franchise annuelle applicable aux produits pharmaceutiques délivrés hors milieu hospitalier (Maarse, 2009 ; Kanavos, 2009). Dans un premier temps, les économies totales réalisées grâce aux appels d'offres aux Pays-Bas ont été substantielles (355 millions EUR) : les réductions de prix ont atteint 90 % dans certains cas, et le remplacement par des génériques a été plus fréquent. Mais le gouvernement a dû augmenter les honoraires des pharmaciens pour compenser les pertes qu'ils subissaient, réduisant ainsi les économies totales de 200 millions EUR (Kanavos, 2009).

En Allemagne, la Loi de 2007 sur le renforcement de la concurrence dans le secteur de l'assurance maladie a instauré un ensemble d'incitations pour accroître les possibilités pour les caisses d'assurance maladie de passer contrat. Selon cette nouvelle loi, quand une caisse d'assurance maladie passe contrat avec une société pharmaceutique (dans la pratique, principalement des fabricants de génériques) pour obtenir des réductions de prix, les pharmaciens sont tenus de remplacer le médicament initialement prescrit par le médicament « privilégié », sauf si un médecin a formellement exclu ce remplacement. Les caisses d'assurance maladie lancent des appels d'offres pour deux types de contrats : les contrats en vue de l'acquisition d'un principe actif spécifique et les contrats concernant un portefeuille de produits. Les contrats sont confidentiels, et, de ce fait, on ne connaît pas les prix effectifs, mais le principal assureur (AOK) a annoncé que ces contrats lui ont permis d'économiser 1.2 milliard EUR en 2010-11 (AOK, 2011).

Source : OCDE (2010) ; Kanavos (2009) ; Maarse (2009) ; US Federal Trade Commission (2005) ; AOK (2011).

approche limite manifestement le choix des patients, des médecins et des pharmaciens. Il appartient donc aux parties concernées de mettre en balance les économies potentielles et le coût d'un choix limité.

Les décisions de remboursement pourraient être plus rationnelles

Si les récents efforts de réduction des prix des produits pharmaceutiques ont été couronnés de succès, comme dans beaucoup d'autres pays de l'OCDE, on pourrait davantage s'attacher à évaluer si les médicaments pris en charge sont efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité. La liste positive suisse est considérée comme très longue, et il est rarement décidé de ne pas y inscrire un médicament.

Les assureurs maladie sont devenus de plus en plus soucieux d'encourager une utilisation d'un bon rapport coût-efficacité des médicaments, et ils ont récemment décidé de limiter le remboursement de l'utilisation hors indication de médicaments très coûteux pour des patients souffrant de maladies graves, à la suite d'une décision de justice. À court terme, il est largement possible de rendre la procédure de référencement des services et produits pharmaceutiques remboursés plus transparente et plus formalisée. Le processus gagnerait ainsi en clarté. Il est certes difficile pour un pays aussi petit que la Suisse de se doter des capacités de long terme nécessaires pour évaluer les technologies médicales, mais la Suisse pourrait bénéficier d'une collaboration plus poussée avec les organismes européens et internationaux d'évaluation des technologies médicales, comme le National Institute for Health and Clinical Excellence au Royaume-Uni, la Haute autorité de santé en France, et l'Institut de documentation et d'information médicales en Allemagne. Accroître la qualité et la transparence du processus se fera nécessairement au prix d'une augmentation des crédits alloués à ces activités, mais les bénéfices attendus sont suffisamment élevés pour justifier cet investissement.

Des incitations perverses subsistent dans la distribution pharmaceutique

Les changements apportés à la rémunération des pharmaciens, laquelle est liée désormais aux services fournis et non plus aux volumes de médicaments délivrés, constituent une avancée qui devrait concourir à relever la qualité des soins. L'augmentation conjointe des pathologies multiples et des pénuries de professionnels de la santé s'accroissant, les pharmaciens pourraient participer de façon constructive à la gestion des traitements et à la coordination des soins. De même, l'introduction de « cercles de qualité » est un exemple de collaboration destinée à orienter le comportement prescriptif des médecins vers une démarche fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*). Les cercles de qualité réunissent cinq à huit médecins et pharmaciens qui élaborent des lignes directrices collectives fondées sur des éléments concrets et les mettent en pratique. Ils ont montré qu'ils améliorent la qualité et l'efficacité, mais leurs effets en termes d'économies sont variables (OCDE, 2007). Certains assureurs soutiennent déjà financièrement les cercles de qualité lorsqu'ils peuvent réaliser des économies, mais des efforts visant à améliorer la qualité en matière de prescription et de gestion des médicaments méritent sans doute de plus en plus d'être entrepris pour répondre à l'évolution des besoins sanitaires induite par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques.

Alors que des efforts sont déployés pour réorienter les pratiques officinales dans le sens d'une meilleure qualité des soins, les politiques de certains cantons qui autorisent les médecins à délivrer des médicaments vont à l'encontre de ces efforts – et ont pour effet

pervers d'inciter à prescrire trop. Si cela se justifie parfois pour faciliter l'accès aux soins dans les zones reculées, il y a tout lieu de penser que les médecins pro-pharmaciens font qu'il est plus difficile pour les pharmaciens d'élaborer un modèle opérationnel viable pour desservir les zones reculées.

Notes

1. Actuellement, les paiements s'effectuent sur la base d'un système AP-DRG, lequel sera remplacé par le nouveau système SwissDRG le 1^{er} janvier 2012.
2. Lors de la première vague, en 2005-06, les prix de tous les médicaments commercialisés depuis 1955 ont été comparés aux prix observés dans les quatre pays du groupe de comparaison initial (Allemagne, Danemark, Royaume-Uni et Pays-Bas). Lors de la deuxième vague, en 2007, les prix des médicaments lancés entre 1993 et 2002 ont été révisés par rapport aux prix observés dans ce même groupe de pays de manière à ce que les prix en Suisse ne soient pas supérieurs de plus de 8 % aux prix constatés dans les pays de comparaison. Ces deux vagues ont permis d'économiser respectivement 250 millions CHF et 150 millions CHF (entretien avec les autorités suisses).
3. Les prix listés peuvent différer des prix effectifs dans des pays, comme l'Allemagne, où il y a des négociations entre les organismes payeurs et les fabricants.

Références

- AOK (2011), *Erfolgsmodell AOK-Arzneimittelrabattverträge, Antworten auf häufig gestellte Fragen*, Stand, juin 2011.
- Böcking, W., U. Ahrens, W. Kirch et M. Milakovic (2005), « First Results of the Introduction of DRGs in Germany and Overview of Experience from Other DRG Countries », *Journal of Public Health*, vol. 13, pp. 128-137.
- Busato, A. et G. von Below (2010), « The Implementation of DRG-based Hospital Reimbursement in Switzerland: A Population-based Perspective », *Health Research Policy and Systems*.
- de Gelder, R., J.-L. Bulliard, C. de Wolf, J. Fracheboud, G. Draisma, D. Schopper et H.J. de Koning (2008), « Cost-effectiveness of Opportunistic Versus Organised Mammography Screening in Switzerland », *European Journal of Cancer*, vol. 45, pp. 127-138.
- EFPIA – Fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques (2010), « Patient W.A.I.T. indicator – 2010 Report », disponible sur www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=10200, consulté le 29 août 2011.
- Ernst et Young (2010), « Review of Switzerland's H1N1 Immunisation Strategy Commissioned by the General Secretariat », Département fédéral de l'intérieur, Zurich.
- Fontana, M. et A. Bischoff (2008), « Uptake of Breast Cancer Screening Measures Among Immigrant and Swiss Women in Switzerland », *Swiss Medical Weekly*, vol. 138, n° 49-50, pp. 752-758.
- Gnägi, M. (2010), *Auslandpreisvergleich 2010*, Présentation à la conférence de presse organisée par Interpharma, VIPS et SantéSuisse, 21 décembre 2010, Berne.
- IMS (2011), *Medikamentenmarkt Schweiz 2010*, IMS Health GmbH.
- Junker, C. (2009), « Smoking-attributable Mortality in Switzerland, Estimation for the Years 1995 to 2007 », FSO News, Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur (DFI), mars.
- Kanavos, P. (2009), *Tender Systems for Outpatient Pharmaceuticals in the European Union: Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium*, London Schools of Economics, Londres.
- Krause, S. (2010), *Swiss generic and off-patent brand price comparison*, Présentation à la conférence de presse organisée par Interpharma, VIPS et SantéSuisse, 21 décembre 2010, Berne.
- Maarse, H. (2009), « Drug Preference Policy », *Health Policy Monitor*, October, disponible à l'adresse www.hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/14/Drug_preference_policy.html.
- Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A.-J.R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu et A.E. Kunst (2008), « Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, pp. 2468-2481.

- Ministère de la Santé et des Sports (2010), *Rapport au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*, ministère de la Santé et des Sports, Paris.
- NICER (2010), « Cancer in Switzerland, Situation and Development from 1983 to 2007 », NICER, auteurs : Bouchardey, C., J.-M. Lutz, C. Kühni, P. Pury, N. Wyss et M.-P. Strippoli, Neuchâtel.
- OCDE (2008), *Les prix des médicaments dans un marché global*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010a), *Optimiser les dépenses de santé*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2010b), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE et OMS (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2006*, Éditions OCDE (Paris) et OMS (Genève).
- OFS – Office fédéral de la statistique (2011), « Statistique médicale des hôpitaux 2009 – Tableaux standard », BFS Aktuell, Actualités OFS, Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFS – Office fédéral de la statistique (2009), « Smoking-attributable Mortality in Switzerland: Estimation for the Years 1995 to 2007 », FSO News, Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2011), « La législation fédérale : Une loi de santé publique », Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI, Office fédéral de la santé publique (OFSP) : www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/07322/07324/index.html?lang=fr, consulté le 18 juillet 2011.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (3 décembre 2010), « Enregistrement des cancers et d'autres diagnostics », Fiche d'information, Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur (DFI), Office fédéral de la santé publique (OFSP), 3 décembre 2010.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (septembre 2009), « Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé », Document brut à l'intention des médias, Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur (DFI), 30 septembre 2009, disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6IONTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHfXx7fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-.
- Paris, V. et E. Docteur (2007), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 27, Éditions OCDE, Paris.
- Sandoz (2011), *Pharmamarket Schweiz 2010*, Sandoz Jahres-Medenorientierung 2011.
- Schleiniger, R. (2008), *Pourquoi les coûts de la santé varient-ils tant selon les cantons ?*, Sécurité sociale CHSS 1/2008.
- Schneider, H., W. Venetz et C. Gallani Berardo (2009), « Overweight and Obesity in Switzerland », Partie 2: Overweight and Obesity Trends in Children, Health Econ, préparé pour l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), mars.
- Surveillant des prix (2011), *Rapport annuel du Surveillant des prix 2010*, Berne.
- Swiss DRG (2005), « La Suisse adopte le système allemand de tarification hospitalière G-DRG », Communiqué de presse, SwissDRG, Berne, 19 décembre 2005, disponible à l'adresse www.swissdrg.org/assets/pdf/fr/Pressemitteilung_Systemwahl_19_12_05-f.pdf.
- Swissmedic (2010), *Rapport d'activité 2009*, Swissmedic, Berne.
- US Federal Trade Commission (2005), *Pharmacy Benefit Managers: Ownership of Mail-order Pharmacies*, US FTC.
- Wieser, S., L. Kauer, S. Schmidhauser, M. Pletscher et U. Brügger (2009), « Synthesis Report – Economic Evaluation of Prevention Measures in Switzerland », Institut de recherche économiques, Université de Neuchâtel, Zurich University of Applied Sciences, décembre.

Chapitre 5

Les réformes et la gouvernance du système de santé suisse

Ce chapitre décrit la gouvernance du système de santé suisse et le processus de réforme. En Suisse, la gouvernance repose sur des approches décentralisées et la recherche d'un consensus. Cela peut souvent limiter la capacité politique à réformer, mais cela offre aussi la possibilité de mettre en place des mesures innovantes au niveau municipal ou cantonal et de partager les connaissances et les meilleures pratiques. Dans ce contexte, l'amélioration de la gouvernance dépendra de la capacité des autorités suisses et des autres acteurs concernés à élaborer et mettre en œuvre une vision stratégique pour le futur du système de santé suisse. Les débats en cours sur le projet de loi sur la prévention et sur le projet de stratégie nationale de santé publique sont d'importantes initiatives allant dans ce sens. L'amélioration de la gouvernance nécessitera également de développer des systèmes d'information nationaux et de produire des données de meilleure qualité pour éclairer l'action publique.

Introduction

Comme on l'a vu au chapitre 1 de cet examen, le système de santé suisse présente trois caractéristiques principales : premièrement, il s'agit d'une structure fédérale avec un système complexe de pouvoirs et de responsabilités par niveau d'administration ; deuxièmement, la démocratie directe et la gouvernance par consensus sont une tradition politique ; et, troisièmement, l'accent est mis davantage sur la régulation de la concurrence au sein du système de santé que sur une gestion par l'État (de type système national de santé intégré par exemple). Comme indiqué au chapitre 1, le financement du système de santé, pour l'essentiel, relève du niveau fédéral, tandis que la responsabilité de l'offre de services de santé incombe aux cantons.

Dans ce contexte, ce chapitre examine un certain nombre de domaines dans lesquels un renforcement de la gouvernance contribuerait à améliorer la performance du système de santé suisse. Une bonne gouvernance en matière d'offre de services de santé augmente l'efficacité des systèmes de santé par le biais de l'instauration, entre autres, de normes, incitations, informations et responsabilités appropriées. Une bonne gouvernance en matière de financement vise à assurer que les ressources financières sont collectées et redistribuées de manière à ce que les individus aient accès aux services de santé quand ils en ont besoin, sans devoir se mettre en danger financièrement (Lewis et Musgrove, 2008).

Les principales caractéristiques et instruments de la gouvernance évoqués dans ce chapitre sont les suivants :

- élaborer une vision d'avenir pour le système de santé ;
- créer un consensus sur les moyens de concrétiser cette vision, entre autres en y associant davantage les groupes de citoyens/patients, les professionnels de la santé et d'autres acteurs clés ;
- parvenir à une plus grande transparence, une plus grande responsabilisation et une meilleure gestion de la performance en améliorant la production des données et la collecte des informations pour éclairer l'action publique et évaluer les progrès accomplis ; et,
- établir des normes et une réglementation appropriées.

En prenant pour point de départ la discussion générale des paragraphes précédents, ce chapitre commence par identifier les principaux domaines dans lesquels la gouvernance est déficiente et par déterminer où et comment la performance du système pourrait être améliorée, en s'appuyant sur l'examen de l'OCDE et de l'OMS (2006). À la lumière des progrès relativement limités réalisés dans la mise en œuvre des réformes préconisées dans l'examen de 2006, les facteurs liés à la gouvernance qui freinent le rythme des changements institutionnels en Suisse sont examinés brièvement. Ce chapitre étudie ensuite comment ces caractéristiques et instruments de la gouvernance entravent ou

concourent à la réalisation des objectifs du système de santé. Les trois principaux objectifs du système de santé tels qu'indiqués dans l'examen de l'OCDE et de l'OMS (2006) sont les suivants :

- qualité et efficacité de l'offre de soins de santé ;
- accès aux soins et protection financière ; et
- efficacité de l'offre, et viabilité financière à plus long terme.

Chacune de ces trois sous-sections présente brièvement les problèmes actuels, examine toutes les réformes récentes pouvant affecter la capacité de gouvernance (y compris les concepts venant d'être décrits) et propose de nouvelles mesures susceptibles d'améliorer la situation. L'objectif premier est d'établir comment les caractéristiques et instruments de la gouvernance peuvent contribuer à créer les conditions propices à l'obtention de bons résultats sur le plan sanitaire, lesquels procèdent de services et programmes adéquats en matière de soins, de promotion de la santé et de prévention des maladies. Enfin, une courte conclusion met en évidence plusieurs domaines clés pour lesquels les questions de gouvernance pourraient faire l'objet de futurs travaux.

5.1. Les principaux problèmes de gouvernance du système de santé identifiés en 2006

L'examen de l'OCDE et de l'OMS (2006) a identifié plusieurs domaines importants dans lesquels les mécanismes actuels de gouvernance limitent la performance globale du système de santé. Très brièvement, les problématiques sont les suivantes :

- Le morcellement des responsabilités entre différents acteurs (voir les chapitres précédents) signifie qu'aucun d'entre eux n'a la responsabilité générale de la performance du système. Le fait que les 26 cantons sont responsables au premier chef de la fourniture de services de santé adéquats fait courir le risque d'incohérences dans l'action publique ou d'un ralentissement du rythme des réformes (voir Hurst, 2010)¹.
- La gouvernance peut aussi être affaiblie par l'existence de motivations conflictuelles au sein du système. C'est en particulier le cas au niveau des cantons, où les autorités assument de multiples fonctions en leur qualité de propriétaires d'hôpitaux, de prestataires, de bailleurs de fonds et d'autorités de régulation des services de soins de santé, ce qui peut donner lieu à des conflits d'intérêts et n'incite guère à maîtriser les coûts. Cela nécessite une plus grande harmonisation des motivations, une plus grande responsabilisation et une meilleure gestion de la performance ainsi que la collecte de données, de la transparence et l'exploitation des données aux fins de l'action publique.
- Cette dispersion des responsabilités et la faiblesse des incitations reflètent aussi l'absence persistante de cadre national général ou de loi-cadre sur la santé auxquels les autorités suisses à tous les niveaux de l'administration pourraient se référer pour définir explicitement les objectifs généraux du système de santé, établir des objectifs et des normes et contrôler leur réalisation. Le fait que ce cadre d'action pour la santé n'existe toujours pas limite les possibilités de réforme dans d'autres domaines – comme la prévention (voir chapitre 4). Sur le plan de la gouvernance, modifier cette situation nécessitera de constituer des coalitions en faveur du changement.

- Il faut accorder, en outre, une plus grande attention à l'élaboration de programmes de prévention ayant un bon rapport coût-efficacité : le système n'incite guère à promouvoir les actions de prévention et de promotion de la santé, et il n'est pas suffisamment recouru aux interventions d'un bon rapport coût-efficacité – identifiées comme telles par l'OMS. Par exemple, l'OMS considère qu'une augmentation des taxes sur les consommations nocives est un moyen d'un bon rapport coût-efficacité de réduire la consommation d'alcool et de tabac. Ces taxes sont généralement plus faibles en Suisse que dans les autres pays².
- Si le modèle fédéraliste peut mieux répondre aux besoins locaux et permet de mener des expériences novatrices, un grand nombre des 26 cantons n'a tout simplement pas la taille minimale requise pour mutualiser les risques en matière de santé ou pour assurer des soins efficaces et de grande qualité aux patients. La population est de plus en plus au fait de ces problèmes, et les conventions intercantionales visant à résoudre des problèmes communs et à mettre en commun les ressources se multiplient (CDS, 2009)³. Une meilleure appréhension des problématiques de qualité et d'adéquation des soins dans les petits cantons contribuerait à une meilleure gouvernance.
- Les informations sur la qualité des soins et les efforts d'amélioration de la qualité sont limitées en Suisse. Des données internationales (par exemple, l'initiative de l'OCDE concernant les indicateurs de la qualité des soins) fournissent certaines indications comparatives sur la qualité des soins en Suisse. Il existe aussi un certain nombre de programmes locaux (voir, par exemple, l'encadré 2.4 de OCDE et OMS, 2006), mais qui en restent, pour l'essentiel, au niveau local. Les possibilités d'amélioration dans ce domaine sont apparemment vastes.
- Le débat sur les réformes nécessaires pour pallier les insuffisances du système de santé se déroule dans un contexte où les données sont le plus souvent inadéquates pour contribuer à une prise de décision basée sur les faits. Établir des réglementations et des normes propres à élargir et approfondir les ensembles de données disponibles contribuerait à améliorer la gouvernance, en particulier si elles s'accompagnent d'une amélioration de la transparence, de la responsabilisation et de la gestion des performances. Les statistiques publiques disponibles sont souvent limitées par l'absence d'exigences nationales et globales en matière de reporting. La collecte des données existantes par les cantons n'est pas toujours standardisée. Les statistiques collectées par des organismes privés dont elles sont la propriété (par exemple, les bases de données des assureurs) ne sont pas publiées ou mises à la disposition des autorités statistiques.

Comme nous le montrons plus loin, beaucoup de ces observations et recommandations de l'examen de 2006 restent fondées en 2011, et les progrès n'ont été que très limités. Pour en comprendre les raisons, il convient de les replacer dans le contexte des traditions et principes de gouvernance (section 5.4) qui influe beaucoup sur la capacité politique à réformer, mais qui offre aussi de larges possibilités de mise en œuvre de mesures innovantes au niveau municipal ou cantonal, d'enrichissement mutuel puis de diffusion via une approche ascendante.

5.2. Les traditions et les principes de la gouvernance

En Suisse, la conduite des affaires publiques s'effectue à trois niveaux différents : la Confédération, les cantons et les municipalités⁴. Les 26 cantons sont responsables au premier chef de fournir à leurs résidents une offre de soins de santé adéquate.

S'il est souvent affirmé que la responsabilité de la gouvernance du système de santé incombe principalement aux cantons, cela devient de moins en moins le cas. Le rôle très important que joue la Confédération en la matière est illustré par la LAMal, qui est la principale loi régissant le système de santé, et va bien au-delà de la surveillance du système d'assurance maladie de base proprement dit. En effet, la LAMal est maintenant *ipso facto* le socle législatif du système de santé (Kocher, 2009). Au cours de ces dernières années, la Confédération s'est vue confier de nouvelles responsabilités à la suite à la fois de la révision de lois fédérales existantes et de l'introduction de nouvelles législations fédérales. Il s'ensuit que la Confédération est de plus en plus impliquée dans différents domaines⁵, souvent en collaboration avec les cantons, directement ou indirectement via la CDS (voir plus loin).

Comme la capacité des différents cantons à entreprendre des activités dans le domaine de la santé peut grandement varier, un organisme de coordination politique – la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) – a été créé en 1919 pour promouvoir la coopération et des politiques communes essentiellement entre les cantons, et parfois aussi entre les cantons et la Confédération. À travers des réunions régulières, la CDS facilite l'élaboration de politiques communes aux cantons et à la Confédération. Toutefois, ce processus n'aboutit pas à des décisions contraignantes pour les cantons ; il facilite plutôt l'obtention d'un consensus. Ce n'est que lorsque les cantons conviennent de conclure un accord formel qu'une décision prise via la CDS devient juridiquement contraignante pour toutes les parties (OCDE 2006). De façon plus générale, une caractéristique majeure du système de gouvernance suisse est la tradition politique selon laquelle des groupes de citoyens peuvent contester la législation et la Constitution. Dans la pratique, seulement 4 % de la législation est contestée. Cela a néanmoins créé une culture dans laquelle la recherche d'un consensus est particulièrement intense⁶. Le processus législatif en Suisse peut donc le mieux se définir comme étant une approche ascendante et consensuelle.

En général, il y a une tension permanente entre les défenseurs d'une approche fondée sur les mécanismes de marché et les partisans de dispositifs publics. Dans la pratique, le système de santé suisse s'appuie fortement sur les marchés et la concurrence pour se « réguler ». Dans le secteur de la santé, la Suisse est, avec l'Allemagne et les Pays-Bas, le pays de l'OCDE qui a le plus recours aux forces du marché, et le degré de réglementation publique des ressources allouées à la santé est considéré comme relativement faible (OCDE, 2010). Par exemple, la concurrence réglementée dans le système d'assurance maladie de base (LAMal) vise à maintenir une approche fondée sur les mécanismes de marché tout en réalisant une couverture universelle en imposant à tout individu d'être couvert par une assurance maladie de base. En plus, le montant élevé des dépenses restant à la charge du patient discipline sa demande de soins de santé. Il y a, en outre, de larges pans de l'offre de soins de santé et de la couverture d'assurance où l'État ne joue qu'un rôle limité⁷.

5.3. La dynamique de la gouvernance ou la capacité politique de réformer

La qualité de la gouvernance du système de santé dépend aussi de la possibilité ou non de mettre en œuvre des réformes. Si les réformes dans le secteur de la santé sont, par nature, souvent controversées et lentes à mettre en œuvre, cela semble être particulièrement le cas en Suisse [voir l'encadré 6.1 dans OCDE et OMS (2006) et les informations communiquées par les autorités suisses]. Dans la pratique, le système politique de la Suisse rend apparemment

plus difficile l'introduction de réformes au niveau national, ce qui expliquerait en partie l'ampleur limitée des réformes réalisées depuis 2005, date à laquelle la dernière étude sur la Suisse a été rédigée. Les principales raisons sont les suivantes :

- La Suisse comprend trois grandes régions culturelles et linguistiques (Suisse alémanique, Suisse romande et Suisse italienne), aussi n'y a-t-il pas communauté d'identité ethnique ou linguistique ni de tradition culturelle. Cela peut aboutir à de grandes différences de comportement en matière, par exemple, de demande de services de santé et rend plus difficile l'obtention d'un consensus.
- La durée d'une législature est trop courte pour faire adopter au Parlement un texte législatif dans un domaine qui peut prêter autant à controverse que celui de la santé. Les périodes pendant lesquelles les décisions sont moins soumises aux cycles électoraux sont relativement courtes⁸.
- La possibilité (et le risque) d'initiatives de la part de la population et/ou d'un référendum incite les législateurs à concevoir des mesures consensuelles dans un pays où l'on assiste à une polarisation progressive au sein du système de partis politiques et où le besoin d'un consensus multipartite se fait de plus en plus sentir. La version finale d'un projet de texte législatif présentée après débat est parfois rejetée parce qu'elle a trop perdu de sa substance au cours du processus législatif.
- La répartition de responsabilités qui, parfois, se chevauchent entre les cantons et la Confédération peut se traduire par le fait qu'il n'y a pas une entité unique chargée de coordonner l'activité dans le domaine de la santé, ce qui peut aboutir, dans certains cas, à ce que la législation soit appliquée d'une manière qui n'était pas pleinement prévue quand elle a été adoptée.
- La durée relativement longue du processus de réforme peut, en outre, refléter la longueur du processus décisionnel et les difficultés que présente l'introduction d'une réglementation complexe. La nécessité d'obtenir un consensus peut faire s'écouler plusieurs années entre le moment où le Conseil fédéral propose une mesure et la date d'entrée en vigueur de la réglementation.
- Enfin, il y a de puissants groupes de pression au sein du Parlement – les médecins, l'industrie de l'assurance maladie et l'industrie pharmaceutique – qui sont en mesure de bloquer ou de proposer des réformes du système de santé dans l'intérêt de leurs membres (Zeltner, 2010).

Nombre de ces facteurs se retrouvent dans d'autres démocraties fédérales, mais, dans le cas de la Suisse, ils sont peut-être exacerbés par l'existence d'un mode de démocratie directe permettant de contester la législation. Parallèlement, cependant, cela pourrait présenter des avantages dans la mesure où, une fois passées, les lois pourraient être mieux comprises et acceptées par la population dans son ensemble. Mais une fois les lois adoptées, il est également difficile de les modifier ensuite, comme en témoigne le processus, fort long, de révision de la LAMal depuis son adoption en 1994. Au total, ces caractéristiques pourraient limiter la capacité des autorités à gouverner le système.

Sur un autre plan, le fait que les 26 cantons assument chacun d'importantes responsabilités dans le domaine de la santé offre autant de possibilités de « tester » les mesures à petite échelle. En outre, les cantons peuvent aussi déléguer des missions aux communes, lesquelles mènent souvent des actions de prévention dans les écoles, facilitant ainsi la détection précoce et le traitement. Cela ouvre de nombreuses possibilités d'innover au niveau local. Les pratiques qui donnent de bons résultats peuvent ensuite être rapidement

diffusées et reproduites dans d'autres cantons. Dans sa politique européenne de la santé appelée à être diffusée prochainement (*Santé 2020*), le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe préconise de renforcer la collaboration dans le domaine du partage et de l'évaluation des expériences en matière de politiques aux niveaux international, national et local. Ainsi, *Santé 2020* estime que les agences nationales de la santé publique devraient jouer un plus grand rôle stratégique dans la production de données et l'analyse des politiques (OMS, 2011).

Dans son étude sur la gouvernance au XXI^e siècle, l'OCDE indiquait que de nouvelles formes de gouvernance étaient en train d'émerger, modifiant en permanence la répartition des pouvoirs et les structures décisionnelles centralisées qui exercent leur action du sommet vers la base (OCDE, 2001). Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe adopte une position similaire dans sa politique européenne de la santé (*Santé 2020*) en reconnaissant qu'aujourd'hui la conduite des affaires sanitaires est dispersée entre les secteurs et la société et que les nouveaux responsables de la santé devront convaincre les autres par la persuasion plutôt que par la coercition. Ainsi donc, les pouvoirs décisionnaires en Suisse devraient s'appuyer sur les traditions en matière de gouvernance et encourager les innovations par des méthodes participatives et en amont, et non choisir de procéder à une redistribution complète des responsabilités. Cela nécessite de renforcer les cadres, les institutions et les mécanismes pour encourager l'innovation, créer un consensus en faveur d'objectifs de santé nationaux communs, faire concorder les politiques locales avec ces objectifs et faciliter leur diffusion dans les cantons. Comme indiqué plus haut, il faut, entre autres, des plates-formes pour structurer l'apprentissage sur les politiques à mener et diffuser les savoir-faire et les expériences d'élaboration et de mise en œuvre des politiques au niveau local.

5.4. Principales caractéristiques et instruments de gouvernance du système de santé suisse

Rechercher et obtenir un consensus sur une vision stratégique et sur des politiques de long terme

La gouvernance peut également se définir comme « les efforts des pouvoirs publics et d'autres acteurs pour amener des communautés, un pays entier, ou même un groupe de pays à poursuivre des objectifs communs » (Bell et Hindmoor, 2009). Par conséquent, une bonne gouvernance encourage l'élaboration de plans et de politiques qui, à travers la prise de décision, aident les composantes du système à travailler en collaboration afin d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan sanitaire.

Comme nous l'avons déjà dit dans cet examen, le système de santé suisse s'appuie de longue date sur des structures décisionnelles décentralisées, la concurrence, des prestataires de soins et d'assurance maladie privés. Le transfert de pouvoir décisionnel aux cantons, conjointement aux disparités qui existent entre les cantons en termes de nombre d'habitants, de besoins sanitaires et de ressources à la disposition des administrations cantonales, se traduit par d'importantes différences dans les politiques de santé d'un canton à l'autre et par des différences supplémentaires en termes d'accès aux services, de couverture des prestations et de montant des primes. Les administrations décentralisées et les unités autonomes des prestataires de services et des assureurs ont tendance à accorder une plus grande priorité à leurs propres intérêts qu'à l'intérêt social et national en général. Il est ainsi devenu plus difficile d'orienter le système vers des objectifs sociaux et l'obtention de résultats pour la santé des populations à l'échelle nationale.

Un autre résultat de cette dispersion de l'action publique est qu'il n'y a qu'une vision générale limitée du système de santé, si ce n'est au niveau du système de financement de la santé tel qu'inscrit dans la LAMal. Autrement dit, il n'y a pas de système national de soins de santé, mais une loi nationale sur l'assurance maladie. De ce point de vue, les efforts actuellement déployés pour élaborer des législations plus vastes en matière de prévention contribuent fortement à la définition d'une vision commune de la politique générale de santé. Une nouvelle loi sur la prévention a été rédigée par le gouvernement fédéral, puis transmise au Parlement pour débat. Ce projet de loi, s'il est adopté, permettrait à la Confédération de fixer les objectifs nationaux relatifs à la prévention des maladies en étroite collaboration avec les cantons et les ONG⁹. Il souligne aussi la nécessité de dégager un consensus au niveau cantonal et de faire davantage participer les groupes de citoyens et les ONG afin de profiter de l'expérience existante en la matière. Cependant, il est à craindre que cela n'aboutisse en fin de compte qu'à la formulation de quelques objectifs nationaux, auxquels peu de ressources et peu de capacités institutionnelles seraient consacrées¹⁰. Il faudrait étudier attentivement la possibilité de renforcer les capacités de mise en œuvre à tous les niveaux de l'administration.

De fait, certains ont déclaré douter que la loi proposée puisse réellement atteindre sa finalité même si elle est adoptée, car son contenu a été dilué au cours du processus de consultation. En outre, apparemment très peu de cantons disposent du personnel nécessaire pour leur permettre de prendre des initiatives dans ces domaines sans bénéficier d'un appui du niveau central. Les médecins cantonaux dans les cantons mettent fréquemment l'accent sur les maladies transmissibles pour encourager les initiatives de santé publique dans ce domaine. Diverses organisations non gouvernementales, souvent locales et défendant une seule cause, s'emploient à lutter contre les maladies non transmissibles, mais on observe un manque d'exhaustivité et de coordination.

Dans la pratique, les récents efforts déployés par les autorités fédérales depuis le précédent examen de l'OCDE et de l'OMS (2006) pour créer un consensus en matière de prévention ont porté principalement sur les programmes concernant les pathologies suivantes ou les risques qui y sont associés : sida et autres maladies sexuellement transmissibles ; consommation abusive de substances (alcool, tabac et narcotiques) ; et, régime alimentaire et activité physique avec des programmes couvrant généralement la période 2008 à 2012. Plus récemment, des efforts ont été entrepris pour obtenir un consensus entre les cantons et les organisations de la société civile pour que ces programmes bénéficient de l'expérience de l'ensemble de la Suisse et d'autres pays en la matière. À cet effet, les autorités fédérales mettent en ligne sur l'Internet un volume croissant d'informations.

À un niveau d'action plus concret, les organisations comme la CDS jouent un rôle important rôle en offrant un cadre de réunion aux ministres de la Santé des niveaux cantonal et fédéral. Cette institution – qui est essentiellement un organe consultatif – assume, en outre, des fonctions plus opérationnelles – par exemple, en contribuant à l'élaboration des principes de planification hospitalière sur une base cantonale ou intercantonale. Elle a aussi contribué à la création récente de plates-formes sur la politique de santé destinées à focaliser davantage l'attention sur les enjeux à long terme et les problématiques de politique étrangère et à inciter à une réflexion stratégique à l'échelle de l'administration sur les politiques de prévention^{11, 12}.

Si l'administration fédérale a d'importantes responsabilités en matière de régulation de la concurrence, elle n'a pas les moyens d'impulser des améliorations à l'échelle du système. Les administrations cantonales de petite taille, fortement décentralisées, sont généralement à la fois les payeurs et les prestataires de services, ce qui ne les incite guère à mettre au point des dispositifs d'une grande transparence et d'une grande réactivité. Les assureurs de santé suisses interviennent dans un contexte où ils sont réglementés par un échelon de l'administration et où ils cofinancent les services dispensés aux patients hospitalisés avec un autre. Cela limite leur capacité à user de leur influence financière pour favoriser le changement.

Dans ces conditions, il semble particulièrement important pour la Suisse de disposer de mesures et d'institutions propres à améliorer la gouvernance par le biais de l'harmonisation et de la création d'un consensus. Pour ce faire, des mécanismes formels comme une loi-cadre pour la santé pourraient être mis en place, comme proposé dans l'examen de 2006. Cette loi spécifierait clairement les objectifs et priorités, pour que les cantons et les assureurs parviennent aux résultats escomptés, tout en reconnaissant qu'il existe diverses manières de les atteindre, pour prendre en compte la diversité des ressources, besoins et préférences des différents cantons. Abstraction faite d'une éventuelle adaptation de la Constitution suisse dans le domaine de la santé (sous la forme, par exemple, de la loi-cadre pour la santé), la Confédération et les cantons étudient la possibilité d'institutionnaliser la coopération et la coordination qui existent entre les deux niveaux. Mais il reste encore un long chemin à parcourir pour déterminer quelle serait la répartition des pouvoirs et responsabilités la plus appropriée. La stratégie nationale de la santé est une avancée importante à cet égard. Ce projet a pour moteur actuel une plate-forme permanente de la Confédération et des cantons, le Dialogue politique nationale suisse de la santé, qui vise à optimiser la coordination et la définition des responsabilités entre les cantons et la Confédération dans un certain nombre de domaines à définir conjointement. L'état d'avancement du projet de loi sur la prévention marque le franchissement d'une autre étape majeure dans le processus d'élaboration d'une vision commune de la santé plus axée sur la promotion de la santé. Le projet inclut des articles sur les objectifs nationaux et sur la prévention des maladies qui seront formulés par le gouvernement fédéral en étroite collaboration avec les cantons et les ONG. Si elle est adoptée, cette loi pourrait entrer en vigueur en 2013 au plus tôt.

Offrir aux citoyens la possibilité de participer et aux patients de choisir

Une des grandes forces des dispositifs de gouvernance et de la démocratie suisses est que les citoyens peuvent, en principe, orienter la prise de décision à chaque niveau de gouvernement – municipal, cantonal et national – et l'expérience montre que le degré de participation à la politique est relativement élevé. La nature très locale et participative de la gouvernance civique en Suisse peut être considérée comme un atout majeur pour faciliter la mise en place de solutions adaptées aux besoins locaux en matière de santé publique. Cependant, la participation des citoyens et le choix des patients sont limités par l'insuffisante diffusion des données ou le manque d'éléments concrets. Par exemple, il y a peu de données publiques sur la situation sanitaire, les déterminants de la santé, la qualité des soins de santé ou l'efficacité des interventions. Par conséquent, la participation des citoyens à l'orientation de l'action publique doit être appuyée par des efforts de collecte des informations et d'information du grand public.

La liberté de choix individuel des consommateurs est fortement privilégiée quand il s'agit d'opter pour un assureur ou un prestataire. En ce qui concerne les prestataires, le choix offert aux consommateurs d'un canton porte surtout sur la facilité d'accès aux soins dans leur localité, ce qui peut être considéré par la population comme un indicateur de la qualité. Il a été récemment décidé d'élargir le choix des consommateurs en leur permettant d'accéder à des soins hospitaliers dispensés en dehors de leur canton de résidence, même s'il subsiste apparemment des obstacles à une complète liberté de mouvement. Sur le marché de l'assurance maladie, le choix des patients a commencé à s'affirmer comme un vecteur de changement, environ 15 % des assurés, pour la plupart des jeunes et des personnes en bonne santé, ayant changé d'assureur au cours des dernières années. Cependant, en l'absence d'informations transparentes, il paraît peu probable qu'une concurrence généralisée par les prix et la qualité s'instaure, et les décisions peuvent être influencées par l'ampleur limitée de l'ajustement en fonction des risques sur le marché de l'assurance et par la possibilité de ne retenir que les personnes présentant le meilleur profil de risque. Dans ce contexte, une charte des patients, qui définirait clairement les informations devant être rendues publiques ainsi que les droits et devoirs des patients, serait un autre moyen d'accroître le volume des informations communiquées à toutes les parties prenantes du système de santé.

Il faut aussi améliorer les connaissances de la population en matière de santé afin de l'éclairer, par exemple, sur les questions de sécurité et de qualité découlant des risques associés à un faible volume d'interventions médicales (pour les hôpitaux) ou sur l'importance de coordonner les soins pour obtenir de meilleurs résultats. Si la population n'est pas mieux informée (un tel effort de sensibilisation nécessite de traduire les informations et de les mettre à disposition sous une forme compréhensible du grand public), l'électorat risque de contester et rejeter des propositions importantes des pouvoirs publics. Ces projets peuvent consister, par exemple, en la fermeture de petits hôpitaux, la consolidation des services de soins tertiaires ou quaternaires et l'introduction de dispositifs d'orientation des patients, ainsi que le renforcement des approches fondées sur les réseaux et les soins gérés. Actuellement, les patients font très souvent des hôpitaux leur principale porte d'entrée pour presque tous leurs besoins en matière de santé, en se disant que les services de soins secondaires ou tertiaires dispenseront des soins de meilleure qualité. Cela renforce un système centré sur l'hôpital.

De même, il faudrait s'employer à susciter davantage d'intérêt pour la prévention. Bien que la charge de morbidité des maladies non transmissibles ait augmenté au fil du temps, la prévention ne fait pas partie des priorités politiques, et les méthodes de prévention efficaces, comme les actions de prévention visant à agir sur les comportements, sont souvent l'objet de controverses politiques.

De nombreuses organisations représentent les intérêts des consommateurs et des patients, mais très peu est fait pour sensibiliser davantage la population, notamment à l'importance de la performance des prestataires pour la qualité des soins et aux inégalités en termes d'accès aux services et de résultats. Dans la pratique, diverses organisations de la société civile ont pour mission de conseiller et d'informer les patients, de fournir une protection juridique lorsque cela est nécessaire et, plus généralement, de défendre les intérêts des patients¹³. Si la mise en place du droit des patients dans les années 70 a été une réalisation majeure, les progrès dans ce domaine ont beaucoup ralenti et d'autres pays ont dépassé la Suisse entre-temps. Ces organisations fournissent d'importants services au niveau de l'individu et en tant que mécanismes de coordination. Toutefois, elles sont

souvent fragmentées et il conviendrait de les inscrire dans un cadre général pour la politique de la santé. Des efforts sont actuellement entrepris dans ce sens, dans la mesure où les actions de prévention existantes (par exemple, de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles ou la consommation abusive de substances nocives) s'appuient sur l'expérience au niveau cantonal et dans le secteur des ONG pour faciliter la mise en œuvre.

Nouer le dialogue et forger des coalitions avec les autres secteurs : la santé dans toutes les politiques

Il est de plus en plus communément admis que, globalement, les résultats sanitaires sont l'expression de multiples déterminants de la santé qui s'étendent à l'ensemble de la société. Ceci, conjointement à la mission des pouvoirs publics d'améliorer l'état sanitaire général, a conduit à s'intéresser davantage aux effets que les autres politiques produisent sur la santé. Il s'agit d'une démarche intersectorielle, « la santé dans toutes les politiques » (*Health in All Policies* ou HiAP). De nombreuses politiques pouvant influencer sur la santé ne relèvent pas des attributions du ministère de la Santé. Dans la pratique, les politiques gouvernant la plupart des déterminants sociaux sont la responsabilité de secteurs ou ministères autres que ceux de la santé. La politique agricole, la politique fiscale et les politiques de l'éducation, du logement, de l'emploi, des transports et de la protection sociale, par exemple, modèlent et influent sur les déterminants sociaux de la santé et sur la physionomie des inégalités de santé dans la société. Or les répercussions (souvent involontaires) des autres secteurs sur la santé deviennent, par la suite, la responsabilité des ministères de la Santé. L'approche HiAP consiste donc à inciter la société et les pouvoirs publics à considérer la santé comme atout pour le développement, en intégrant des objectifs, des cibles et des indicateurs communs pour que soit donnée une plus grande place, durablement, à la santé et à l'équité en santé dans les politiques des autres ministères et secteurs.

Une telle gouvernance horizontale reconnaît que les acteurs de l'administration et ceux qui y sont extérieurs peuvent contribuer à l'élaboration des politiques sur des questions dont ils partagent la responsabilité (Philips, 2006). La gouvernance horizontale se définit aussi comme le fait de travailler par le biais de réseaux en transcendant les hiérarchies ; sur la base de relations d'interdépendance et non de pouvoir ; en recourant à la négociation et non à la coercition ; et en donnant les moyens de faire plutôt qu'en dirigeant (Philips, 2004). Comme indiqué précédemment, nombre de ces éléments jouent un rôle important dans la gouvernance du système de santé suisse parce qu'ils sont intrinsèquement liés aux traditions et principes de la gouvernance en Suisse – à savoir, la recherche d'un consensus. Dans le secteur de la santé publique, une forte coordination et une certaine collaboration s'observent, mais il est possible de les renforcer encore plus et de forger des alliances avec le secteur privé.

Alors que, pour la Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS CSDH, 2008), la réduction des inégalités de santé est au cœur de la gouvernance, la Suisse ne semble pas accorder à cette question une aussi grande priorité puisque les inégalités de santé ne font pas l'objet d'une surveillance régulière au niveau national. Les inégalités de santé sont surtout considérées sous l'angle limité de l'égalité d'accès aux services de soins de santé, et l'accent est mis sur la population des migrants et sur l'égalité entre les sexes. Par exemple, à travers le programme national « Migration et santé », l'OFSP s'emploie, depuis 2002, à améliorer les connaissances des migrants en matière de santé et à mettre en

place un système de santé qui réponde à leurs besoins. Il existe actuellement une stratégie fédérale portant sur les migrations et la santé pour la période 2008 à 2013 (voir www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/idex.html?lang=fr). Comme l'OFSP étudie actuellement la nécessité d'une politique spécifique pour réduire les inégalités de santé en Suisse, de nouvelles données concrètes sur la nature et l'ampleur du problème devraient s'avérer nécessaires¹⁴.

Un certain nombre de collaborations ont été engagées avec d'autres secteurs – par exemple, dans le domaine de la circulation en milieu urbain et de l'urbanisme. Toutefois, si ces collaborations se passent bien pour des projets à petite échelle grâce à une implication individuelle, le programme en reste, néanmoins, à un stade embryonnaire et n'est pas considéré comme une priorité politique. Le transfert de responsabilités aux niveaux cantonal et municipal rend plus complexe la collaboration avec les autres secteurs, notamment quand il s'agit de réunir les acteurs des 26 systèmes de santé et des 26 systèmes d'éducation. Les politiques horizontales relatives à la santé des migrants et à la migration des professionnels de la santé constituent deux exceptions, puisqu'il existe une collaboration intensive entre l'OFSP et d'autres offices fédéraux (comme l'Office fédéral des migrations, l'Office fédéral de la statistique, l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, le secrétariat d'État à l'Économie et l'Office fédéral du développement territorial), qui ouvre la voie à l'instauration d'un dialogue avec les autres secteurs, dans d'autres domaines.

Transparence, responsabilisation et gestion des performances

Comme nous l'avons indiqué plus haut, il est essentiel de mieux informer la population si l'on veut renforcer la capacité de gouvernance du système de santé suisse. Diverses initiatives sont allées certainement dans la bonne direction. Les autorités – principalement l'OFSP, l'OFS et l'Observatoire suisse de la santé – ont pris des mesures pour accroître le volume des données disponibles sur divers aspects de l'état sanitaire et pour améliorer leur qualité. Cependant, on ne dispose toujours pas d'informations critiques (par exemple, d'un registre national du cancer) de façon uniforme (une nouvelle législation devrait être mise en place en 2012, et des registres pour d'autres maladies comme les crises cardiaques et le diabète sont également prévus – voir les chapitres précédents). On pense que les disparités géographiques en termes de qualité, de prix et de coût sont très importantes, mais il n'y a pas de données d'observation solides pour étayer cette hypothèse. Il conviendrait de détecter ces disparités et, si leur existence se confirmait, de les porter à l'attention de la population dans un souci de transparence et de responsabilisation.

Les cantons ont des rôles multiples – et parfois conflictuels – dans la gouvernance de l'offre de santé. Ils sont propriétaires d'hôpitaux et les financent en partie, interviennent dans la planification et contrôlent quels sont les hôpitaux qui sont inscrits sur les listes d'hôpitaux et qui, de ce fait, peuvent être payés (en partie) par le canton. La multiplicité des rôles joués par les cantons peut fausser les incitations. La nouvelle loi sur le financement des hôpitaux (qui instaure le paiement par pathologie) vise à accroître la transparence et à réduire les éventuels conflits entre les payeurs et les prestataires.

L'amélioration de la gouvernance passe aussi par un plus grand professionnalisme et une plus grande responsabilisation des prestataires de soins de santé. Les domaines nécessitant une attention particulière sont l'élaboration de directives sur les bonnes pratiques, l'amélioration des dispositifs de notification des erreurs médicales, et la mise en

place de mécanismes de gouvernance clinique, comme les examens par les pairs, les récompenses internes et les sanctions. Le suivi de la situation dans chacun de ces domaines se poursuit, mais il est encore trop tôt pour voir des résultats. En l'absence d'une agence nationale de la qualité habilitée à agir, les cantons, en tant que propriétaires d'hôpitaux et garants de leur qualité, pourraient, au moins en théorie, être tentés de passer sous silence les insuffisances ou de ne pas rechercher avec détermination les problèmes de qualité. Ce risque est peut-être plus particulièrement prononcé si la viabilité de leurs services locaux est menacée, sachant que la pression de l'opinion publique va souvent dans le sens d'une plus grande proximité des soins plutôt que d'une amélioration de leur qualité.

De même, il serait souhaitable que les assureurs maladie fassent preuve de davantage de transparence et de responsabilité. Là encore, certains progrès ont déjà été réalisés. En février 2011, le Conseil fédéral a soumis au débat une nouvelle loi relative au système d'assurance maladie. Cette nouvelle loi prévoit, entre autres, des contrôles et pouvoirs renforcés afin de protéger les assurés et des sanctions plus rigoureuses pour les contrevenants.

Produire et exploiter les données pour éclairer la conduite à tenir

L'examen de 2006 de l'OCDE et de l'OMS soulignait que la gouvernance et la qualité avaient peu de chances de s'améliorer sans de meilleures statistiques pour guider la prise de décision. Mais si la responsabilité de la collecte des données et de leur diffusion incombe à la Confédération, concrètement la production et la collecte des données dépendent du bon vouloir des cantons quant à la fourniture des informations nécessaires, et il faudra selon toute vraisemblance poursuivre les efforts d'amélioration de la collecte des données.

Un autre facteur limitant les possibilités d'appréciation factuelle de la conduite à tenir réside dans les connaissances limitées des citoyens sur les questions de santé, avec pour corollaire la faiblesse relative des associations de patients face à de puissants groupes d'intérêts. Le résultat est que les passions continuent d'alimenter en grande partie la réflexion sur les mesures à prendre. Par exemple (et comme nous l'avons déjà indiqué), la qualité des soins est une notion difficile à faire appréhender, et les citoyens préfèrent souvent juger de la qualité à l'aune de la proximité des soins.

Deux autres problèmes de gouvernance consistent à déterminer si l'éventail des services couverts par la LAMal est bien adapté à la charge de morbidité de la Suisse et si ces services sont d'un bon rapport coût-efficacité. Actuellement, toute *procédure* médicale est automatiquement couverte au titre de la LAMal à moins d'avoir été spécifiquement exclue car son efficacité, sa pertinence ou son efficacité a été contestée par les prestataires de soins de santé, les caisses d'assurance maladie, les autorités sanitaires ou les associations de patients. Par contre, les mesures de prévention, les médicaments et les analyses de laboratoire doivent faire l'objet d'une évaluation avant d'être inscrits sur la liste positive. Bien que cette liste couvre déjà un large champ, il demeure nécessaire, à moyen et long terme, d'accroître la transparence en mettant en place des procédures fondées sur des éléments de preuves (*evidence-based medicine*) pour identifier le panier des prestations et s'assurer que la couverture actuelle est efficace et conforme à la charge de morbidité existante. Ces questions revêtent une importance particulière dans un système où le coût des soins de santé et les primes d'assurance ne cessent d'augmenter, en partie sous l'effet de l'introduction permanente de nouvelles technologies.

S'il y a des contraintes claires – en termes de temps et d'informations nécessaires –, des méthodes comme l'évaluation des technologies en santé sont de plus en plus nécessaires pour évaluer la pratique clinique. Ces évaluations s'imposent au minimum pour les décisions portant sur l'inclusion de nouveaux produits et interventions dans la couverture de base de la LAMal, en particulier lorsque les nouveaux médicaments ou procédures alourdissent notablement le coût des soins. Un exemple récent est, comme on l'a vu, le référendum sur le remboursement de certaines branches de la médecine alternative dans le cadre de la LAMal (médecine anthroposophique, homéopathie, thérapie neurale, phytothérapie et médecine chinoise traditionnelle), domaine dans lequel les preuves de l'efficacité sont particulièrement limitées. Ces médecines alternatives ont été incluses dans le panier des prestations pour une période de cinq ans, dans le cadre du dispositif de la LAMal qui permet la prise en charge de nouvelles technologies en conditionnant celle-ci à la production d'information sur leur efficacité.

La loi fédérale de 1999 pousse aussi à l'évaluation des technologies de la santé : elle stipule que le rapport coût-efficacité des mesures fédérales importantes doit être évalué sous une forme ou l'autre (par exemple, par le biais de la gestion/du contrôle, du suivi et/ou de l'évaluation des résultats). Mais, sans vue d'ensemble de l'éventail des services à évaluer et par manque d'incitations en direction des prestataires et des compagnies d'assurance, seule une fraction des services couverts par l'assurance maladie obligatoire est évaluée. Le Conseil fédéral entend mettre en place une structure d'évaluation des technologies de la santé, et l'OFSP participe activement à des réseaux internationaux d'évaluation des technologies de la santé, comme le réseau européen pour l'évaluation des technologies de la santé (EUnetHTA) et le réseau international des agences pour l'évaluation des technologies de la santé (INAHTA), étant représenté soit par des membres de son personnel soit par d'autres experts nationaux. Cependant, comme l'évaluation des technologies de la santé coûte cher et que la Suisse est un pays de petite taille, la mission de procéder à l'évaluation des technologies de la santé pourrait être confiée à une organisation internationale. En attendant, une commission parlementaire suisse a conclu que l'approche actuelle selon laquelle toute procédure médicale est couverte automatiquement dans le cadre de la LAMal sauf à être contestée par une partie prenante doit être maintenue, mais elle a proposé des mesures, en cours d'application, visant à améliorer le processus actuel¹⁵.

5.5. Appréhender les objectifs du système de santé à travers le prisme de la gouvernance

Accroître l'efficacité et la qualité de l'offre de santé

La répartition des responsabilités et les différents circuits de financement au niveau local entravent aussi le développement de solides réseaux de soins et l'organisation des soins autour du parcours de soins et des différents cadres institutionnels (soins ambulatoires, soins hospitaliers et soins à domicile). Par exemple, une hausse des dépenses hospitalières est en partie supportée par le budget cantonal, tandis qu'une hausse des dépenses de soins ambulatoires est supportée par l'assurance maladie. Les investissements locaux dans la prévention ou les soins à domicile ne bénéficieront pas directement à l'autorité qui aura réalisé l'investissement. En outre, la population suisse n'est apparemment guère disposée à voir son choix être limité en matière de prestataires et d'accès aux services de santé. Le faible nombre de contrats de type HMO souscrits témoigne de cette réticence.

Pour qu'un système de santé soit efficace, il faut en plus veiller à ce que l'allocation des ressources consacrées aux soins de santé soit conforme à la charge de morbidité suisse. La santé mentale est un domaine particulier qui illustre nombre des difficultés liées à la gouvernance en Suisse. En termes de prévalence des troubles mentaux, la situation n'a guère évolué. Les taux de suicide en 2008 sont les huitièmes plus élevés en Europe et supérieurs à la moyenne européenne¹⁶. Certes, le coût des psychothérapies médicales est désormais couvert par l'assurance maladie obligatoire depuis la mi-2009, mais le champ des actions futures du niveau fédéral se limite probablement à encourager les cantons intéressés à créer de nouvelles alliances au niveau cantonal, ce qui pourrait aboutir à des stratégies diverses dans ce domaine de morbidité. La division actuelle des compétences empêche l'élaboration de politiques nationales plus cohérentes.

Le dernier examen de la Suisse (OCDE et OMS, 2006) a souligné le retard pris dans le déploiement de stratégies de promotion de la santé et de prévention médicale à l'échelle du pays, outre un manque de données sur le rapport coût-efficacité des interventions destinées à prévenir la mortalité prématurée et la morbidité. Les progrès à ce jour sont lents. Par exemple, le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, du colon et d'autres cancers est toujours à la discrétion des cantons et, en fait, n'est pas étendu systématiquement de manière à couvrir les groupes de population à risque. La réglementation nationale de certaines activités de promotion de la santé est un autre domaine dans lequel l'examen de 2006 a recommandé d'apporter des améliorations. Par exemple, l'interdiction de fumer et l'augmentation des taxes sur le tabac et l'alcool sont des mesures qui ont été adoptées avec succès dans d'autres pays pour décourager la consommation de tabac et d'alcool et qui pourraient se prêter à un examen et une collaboration au niveau national et intercantonal.

En ce qui concerne la qualité des soins, l'autorégulation demeure le principal mécanisme employé par la Suisse pour veiller à la qualité clinique et, jusqu'à récemment, les efforts d'amélioration de la qualité ont largement reposé sur les initiatives locales non coordonnées prises par les différents prestataires, groupes ou associations (OCDE et OMS, 2006, encadré 2.4). Les mesures introduites récemment dans ce domaine visent à accroître la transparence et à encourager une concurrence fondée sur la qualité :

- *Réglementation/inscription des professionnels de la santé* : une des premières mesures marquant l'abandon du système de l'autorégulation a été la création d'un registre public répertoriant tous les médecins, chimistes, dentistes, chiropracteurs et vétérinaires et contenant des informations détaillées sur leurs spécialisations. Ce registre est maintenant un moyen d'assurer la qualité et la protection des patients en permettant de savoir en toute transparence quel canton est chargé de la surveillance de telle ou telle profession médicale. Il fournira, en outre, des informations supplémentaires sur la démographie des professionnels de la santé et intégrera progressivement tous les autres professionnels de la santé.
- *Les données sur l'efficacité des hôpitaux et la qualité des soins* sont maintenant collectées de façon plus systématique. Depuis 2009, l'OFSP publie le nombre de cas et les taux de mortalité pour 30 groupes diagnostics sur une base globale. À compter de 2011, ces données seront publiées pour chaque hôpital de soins aigus. Parallèlement, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) mesure cinq variables relatives à la qualité, dans le contexte de l'introduction du système tarifaire Swiss DRG¹⁷. Le nombre des indicateurs grâce auxquels la Suisse alimente en données le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins a, en outre, été porté à une

trentaine, ce qui élargit le champ des comparaisons internationales¹⁸ ; Enfin, le Conseil fédéral a adopté un programme sur la sécurité des patients, avec la stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé suisse¹⁹.

Ainsi, les autorités ont commencé à mettre en place un système national de données/d'information sur la qualité des soins de santé et sur la réactivité du système aux besoins des patients. La collecte des données a, en plus, enregistré de modestes progrès qui devraient permettre aux autorités de mieux évaluer les résultats d'un canton à l'autre et par rapport aux autres pays et de déterminer quels sont les domaines où l'allocation de ressources supplémentaires se traduirait par l'obtention de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Cependant, cela concerne essentiellement le secteur hospitalier et il y a toujours pénurie d'informations sur la qualité dans le secteur ambulatoire.

Les lacunes dans la coordination des réponses apportées à de récents problèmes de santé publique ont montré que les pouvoirs décisionnaires ne sont pas clairement définis. Par exemple, il n'y a pas eu d'instructions de la part du niveau central sur les taux de couverture antivirale à assurer pour les différents groupes de la population lors des premières phases de la planification préparatoire à une éventuelle pandémie de grippe en 2009. C'est donc aux directeurs cantonaux de la santé qu'est revenu le soin de décider, d'où la diversité des décisions quant à l'étendue de la couverture.

Accroître l'efficience et la viabilité

En 2009, la Suisse se situait au septième rang des pays de l'OCDE en termes de dépenses liées à la santé exprimées en pourcentage du PIB (11.4 %). Bien que ce chiffre reflète, en partie, la mollesse de la croissance du PIB suisse plutôt qu'une croissance rapide des dépenses de santé proprement dites, cette situation a néanmoins conduit à des primes d'assurance maladie d'un montant tel que la question du coût du système de santé reste un enjeu majeur dans le débat politique. Les projections des dépenses de santé (Vuilleumier et al., 2007) indiquent que de nouvelles pressions des coûts continueront à faire progresser les dépenses de santé, qui devraient atteindre – en fonction des hypothèses du scénario – environ 15 % du PIB en 2030.

La coexistence de sources de financement et de prestataires privés et publics a permis la diversification des ressources financières et de l'offre. Les assureurs et les prestataires jouissent encore d'une assez grande autonomie grâce aux dispositifs d'autogestion, même si le niveau fédéral s'est orienté progressivement vers un contrôle plus strict de la qualité des soins et vers l'enregistrement des professionnels de la santé (voir plus haut). On se préoccupe, dans ce contexte, des problèmes que posent la régulation et la gestion des marchés de l'assurance maladie et des prestataires, génératrices de coûts administratifs élevés. En outre, les administrations décentralisées et les prestataires et les assureurs, en tant qu'unités autonomes, ont tendance à accorder une plus grande priorité à leurs propres intérêts qu'aux objectifs sociaux et nationaux, ce qui pourrait avoir amoindri davantage encore l'efficacité d'un système qui, en principe, est conçu pour améliorer la santé de la population.

En ce qui concerne la tarification des soins, le TARMED et le système tarifaire Swiss DRG ont rendu la tarification des services de soins de santé plus transparente, mais constituent toujours des incitations à augmenter l'offre. À partir de début 2012, le système de paiement basé sur les groupes diagnostics (DRG) devrait encourager les hôpitaux à devenir plus efficaces (voir le chapitre 4 pour de plus amples informations). La Suisse peut aussi envisager d'autres scénarios que le système actuel de financement dual des hôpitaux

pour accroître le pouvoir d'achat des assureurs et réduire le risque d'un transfert de coûts entre les secteurs ambulatoire et hospitalier. L'adoption d'autres accords contractuels entre assureurs et prestataires par le biais des plans de soins gérés pourrait également aider à contenir les dépenses (voir le chapitre 2).

Côté offre, il faudra renforcer la gouvernance pour résoudre le difficile problème de la planification des hôpitaux. Dans ce contexte, prendre aussi en compte la nécessité croissante de logements destinés aux personnes âgées, d'une part, et l'élargissement du choix des patients en matière de prestataires, d'autre part, améliorerait la planification. Sur le plan de la gouvernance, cet élargissement devrait permettre davantage aux patients de se faire entendre et de changer de prestataire, en soumettant les prestataires à des pressions concurrentielles plus fortes. Mais cela signifie aussi que le processus de la planification hospitalière s'effectuera au niveau de plusieurs cantons, et éventuellement au niveau national. La planification hospitalière cantonale devrait être adaptée aux nouvelles exigences et au nouvel environnement d'ici fin 2014.

5.6. Conclusion

En résumé, ce chapitre a examiné un certain nombre de problèmes de gouvernance et fait le point sur certains domaines dans lesquels l'amélioration des pratiques de gouvernance faciliterait la réalisation des objectifs du système de santé. Plusieurs de ces problèmes avaient déjà été soulevés dans l'examen de l'OCDE et de l'OMS (2006). Cependant, ils n'ont pas connu d'évolution notable depuis lors.

L'amélioration de la gouvernance dépendra aussi de la capacité des autorités suisses à élaborer une vision commune et à amener les acteurs de la santé à s'aligner sur cette vision commune ; ce qui pourrait se traduire – comme indiqué dans le précédent examen – par la mise en place d'une loi-cadre pour la santé. Compte tenu des traditions de gouvernance en Suisse (approche ascendante) et de l'évolution au niveau international vers de nouvelles formes de gouvernance (horizontales et participatives), un transfert massif de responsabilités s'accompagnant d'une re-centralisation substantielle ne serait sans doute pas la meilleure solution. Le défi consiste à créer des mécanismes propres à fédérer les acteurs de la santé de manière à ce qu'ils agissent dans le sens d'une vision commune ; par le biais d'une harmonisation des incitations, d'une intensification du dialogue, d'une amélioration des systèmes d'information, d'un renforcement des capacités analytiques, d'une plus grande responsabilisation et d'une transparence accrue en matière de résultats de santé publique. Ce faisant, il est important d'admettre que les solutions au niveau local varieront en fonction des besoins, des préférences et des ressources. La loi sur la prévention et le projet de stratégie nationale de santé publique constituent deux importantes étapes dans cette direction. Des progrès pourraient encore être réalisés concernant la définition et l'harmonisation des mesures incitatives en direction des citoyens, des prestataires, des municipalités, des cantons et des assureurs. En particulier, les incitations financières et organisationnelles en matière de prévention et de soins ambulatoires pourraient être réexaminées, par exemple dans le cadre d'une responsabilisation conjointe au niveau local.

Dans ce contexte, le manque de données pour contribuer à une prise de décision basée sur les faits continuera d'entraver les efforts d'amélioration de la gouvernance. On ne dispose que de peu de données sur, par exemple, l'état de santé et ses déterminants, la qualité des soins de santé ou autres informations nécessaires pour évaluer la performance du système.

Les politiques de promotion de la santé et de prévention des maladies doivent aussi être renforcées. Si des progrès ont été accomplis dans certains domaines de la prévention (comme les interdictions partielles de fumer) et en ce qui concerne les programmes de santé publique destinés à prévenir le sida et la consommation abusive de substances, en revanche le budget de la prévention continue de se réduire faute de groupes de pression efficaces favorables à la prévention et d'un fort soutien de la population. Il reste un certain nombre d'activités de prévention qui sont d'un bon rapport coût-efficacité mais qui n'ont pas encore été exploitées.

Enfin, les autorités devront freiner la croissance des dépenses de santé. La plus grande transparence des prix des soins ambulatoires (TARMED) et des soins hospitaliers (Swiss DRG) et, peut-être, l'intensification de la concurrence entre les prestataires devraient aider à y parvenir. Mais la maîtrise des coûts passera inévitablement par une réduction de l'offre hospitalière et une collaboration entre les cantons dans le domaine des soins à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. La création de régions ou de groupements sanitaires – comme suggéré dans OCDE et OMS (2006) – pourrait accroître l'efficacité de l'offre de santé. Dans ce contexte, il semble qu'un nombre important de conventions de soins entre les cantons existent déjà ou sont à l'étude (CDS (2009) ; et informations communiquées par les autorités suisses), ce qui augmente les chances d'une rationalisation intercantonale de l'offre hospitalière à l'avenir.

Notes

1. On peut évoquer divers problèmes de gouvernance à ce niveau : nécessité d'accroître l'efficacité et l'efficacéité du système au vu des chevauchements (par exemple, encourager la prévention des maladies relève des compétences à la fois du niveau fédéral et du niveau cantonal), lacunes dans la prise de décision (et approches fragmentaires), et attitude des responsables à travers le pays quant à la nécessité d'améliorer l'accès à des services de qualité standard et d'améliorer la réactivité aux besoins des patients.
2. Pour de plus amples informations, voir l'encadré 2.3 de OCDE et OMS (2006).
3. CDS (2009), « Coopération intercantonale en soins hospitaliers : Évaluation de l'enquête sur la collaboration intercantonale et résumé des caractéristiques de coopération », disponible sur le site Internet de la CDS à l'adresse : www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Spitalplanung_und_Spitalisten/Interkant_Kooperation-f.pdf.
4. Il y a près de 2 900 municipalités et, dans le domaine de la politique de santé, elles sont largement sous le contrôle des cantons. Comme il est difficile de généraliser, leur rôle dans la conduite des affaires publiques ne sera pas approfondi.
5. Y compris la médecine hautement spécialisée, les produits pharmaceutiques et la formation paramédicale et postgraduée.
6. www.telegraph.co.uk/news/1435383/How-direct-democracy-makes-Switzerland-a-better-place.html.
7. Voir Kocher (2009). Les principaux secteurs de la santé dans lesquels l'influence de l'État est limitée sont notamment les soins ambulatoires de toute nature ; les hôpitaux et les maisons médicales, les laboratoires, les centres de radiologie ; les pharmacies et les fabricants de produits pharmaceutiques ; l'assurance complémentaire ; et la recherche.
8. Par exemple, Braun et Uhlmann (2009) affirment que l'introduction de la LAMal, en 1996, était la conséquence d'une configuration très particulière des partis politiques qui n'est pas prête de se reproduire.
9. Une grande nouveauté, dans le texte, est que les objectifs seraient spécifiés tous les huit ans, avec une feuille de route sur la manière de les atteindre établie tous les quatre ans.
10. De fait, les dépenses de prévention ont tendance à diminuer, et les crédits alloués à la prévention ont été réduits encore de 8 % lors des toutes dernières coupes budgétaires.

11. Dans ce contexte, une plate-forme intranet a récemment été introduite pour les questions de santé au sein de l'administration. Cette plate-forme permet le partage et le stockage commun d'informations et permet d'élaborer et de consulter les positions de négociation, par exemple dans les grandes négociations sur la santé au niveau mondial. La plate-forme a maintenant été intégrée dans la plate-forme générale CH@WORLD du Département fédéral des affaires étrangères, accessible à toute l'administration pour la majorité des questions de politique étrangère.
12. Par ailleurs, le Dialogue politique nationale suisse de la santé offre aux cantons et à la Confédération un cadre pour débattre périodiquement des grands défis à relever et pour coordonner leur action. On trouvera des exemples de thèmes traités sur ce forum à l'adresse : www.nationalegesundheit.ch/%20fr/projets/themes-traites/index.html.
13. Par exemple, la *Patientenstelle* et l'Organisation suisse des patients et assurés informent les patients, organisent leur protection et défendent leurs droits lorsque cela est nécessaire. En ce qui concerne les maladies individuelles, les ligues (par exemple, contre le cancer) assurent des services de prévention primaire et secondaire et, lorsque des ressources privées sont disponibles, elles peuvent également soutenir la recherche. Il y a aussi des réseaux d'ONG qui apportent leur aide à des groupes de population comme les immigrants, et des groupes d'entraide qui soutiennent les personnes souffrant de maladies particulières ou se trouvant dans une situation médicale spécifique. Certains de ces groupes sont financés, en totalité ou en partie, par les pouvoirs publics, à l'exception de ceux représentant des patients en contentieux juridique et lorsqu'il existe un risque de conflit d'intérêts.
14. Les études de la *Swiss National Cohort* font apparaître l'existence d'un écart systématique entre le niveau d'instruction et les taux de mortalité.
15. Détermination et contrôle des prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins – Rapport du Contrôle parlementaire de l'administration à l'attention de la Commission de gestion du Conseil national du 21 août 2008.
16. Le nombre des hospitalisations et des traitements ambulatoires pour troubles psychiques ne cesse de s'accroître depuis plusieurs années en Suisse. Il y a pourtant des malades dont les troubles psychiques ne sont pas traités, en particulier dans les couches sociales défavorisées. (www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/02.html).
17. Ces variables sont les taux de réhospitalisation, les taux de réopération, les taux d'infection sur le site opératoire, les chutes, les ulcères et la satisfaction des patients. Elles servent à s'assurer que l'utilisation des groupes de maladies homogènes n'a pas d'effet négatif sur la qualité des soins de santé dispensés à l'hôpital.
18. Cela a un effet d'entraînement, un certain nombre d'hôpitaux collectant maintenant d'autres informations en plus des séries de données que l'on vient de mentionner (Suisse, réponses au questionnaire).
19. Pour de plus amples renseignements sur la stratégie en matière de qualité, voir www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=fr.

Références

- Bell, S. et A. Hindmoor (2009), *Rethinking Governance: The Centrality of the State in Modern Society*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Braun, D. et B. Uhlmann (2009), « Explaining Policy Stability and Change in Swiss Health Care Reforms », *Swiss Political Science Review*, vol. 15, n° 2.
- CDS – Conférence des directeurs cantonaux de la santé (2009), « Coopération intercantonale en soins hospitaliers – Évaluation de l'enquête sur la collaboration intercantonale et résumé des caractéristiques de coopération », www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Spitalplanung_und_Spitallisten/Interkant_Kooperation-f.pdf.
- Commission de gestion du Conseil national (2008), « Détermination et contrôle des prestations médicales dans l'assurance obligatoire des soins », *Rapport du Contrôle parlementaire de l'administration* 21 août.
- Hurst, J. (2010), *Effective Ways to realise Policy Reforms in Health Systems*, Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 51, Éditions OCDE, Paris.

- Kocher G. (2009), « Confédération, cantons et communes : Partage des compétences et des tâches », dans G. Kocher et W. Oggier (dir. pub.), *Système de santé suisse, 2007-2009. Survol de la situation actuelle*, Hans Huber, Berne.
- Lewis, M. et P. Musgrove (2008), « Governance Issues in Health Financing », *International Encyclopaedia of Public Health*, première édition, vol. 3.
- OCDE (2001), *La gouvernance au XXI^e siècle*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE et OMS (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2006*, Éditions OCDE (Paris) et OMS (Genève).
- Phillips, S. (2004), « The Myths of Horizontal Governance: Is the Third Sector Really a Partner? », disponible à l'adresse www.istr.org/conferences/toronto/workingpapers/phillips.susan.pdf.
- Phillips, S. (2006), « The Intersection of Governance and Citizenship in Canada: Not Quite the Third Way », *IRPP Policy Matters*, Institut de recherche en politiques publiques, Montréal, disponible à l'adresse www.irpp.org/pm/archive/pmvol7no4.pdf.
- OMS – Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé (CSDH) (2008), *Rapport final*.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2011), *Santé 2020*, à paraître, OMS, Genève.
- Vuilleumier, M. et al. (2007), « Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse : Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030 », *Statistique de la Suisse*, Office fédéral de la statistique, Berne.
- Zeltner, T. (2010), « Understanding the “Swiss Watch” Function of Switzerland’s Health System », *Health Affairs*, vol. 29, n° 8, pp. 1442-1451.

Sigles

AA	Assurance accidents
AI	Assurance invalidité
AMS	Assurance maladie sociale
ANQ	Association nationale nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AVS-AI	Assurance vieillesse et survivants – assurance invalidité
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHF	Franc suisse
DRC	Dépenses restant à charge
DRG	Groupe homogène de diagnostic
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
FMH	Fédération des médecins suisses
HMO	Réseaux de soins coordonnés
IMC	Indice de masse corporelle
IPA	Associations de praticiens indépendants
LAA	Loi fédérale sur l'assurance accidents
LAI	Loi fédérale sur l'assurance invalidité
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LPMéd	Loi sur les professions médicales
OFAP	Office fédéral des assurances privées
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PGM	Programme de gestion des maladies
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPO	Organismes dispensateurs de services à tarifs préférentiels
RBP	Rémunération basée sur les prestations
SPITEX	Services d'aide et de soins à domicile
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (<i>Schweizerische Unfall- und Versicherungsanstalt</i>)
SWISSMEDIC	Institut suisse des produits thérapeutiques
TARMED	Échelle uniforme des tarifs médicaux

Abréviations des cantons suisses

CH	Suisse
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures
AG	Argovie
BE	Berne
BL	Bâle-Campagne
BS	Bâle-Ville
FR	Fribourg
GE	Genève
GL	Glaris
GR	Grisons
JU	Jura
LU	Lucerne
NE	Neuchâtel
NW	Nidwald
OW	Obwald
SG	St-Gall
SH	Schaffhouse
SO	Soleure
SZ	Schwytz
TG	Thurgovie
TI	Tessin
UR	Uri
VD	Vaud
VS	Valais
ZG	Zoug
ZH	Zurich

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée du système des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique. Elle est tenue par sa Constitution de fournir des informations et des avis objectifs et fiables dans le domaine de la santé humaine, fonction dont elle s'acquitte en partie grâce à son vaste programme de publications.

Dans ses publications, l'Organisation s'emploie à soutenir les stratégies sanitaires nationales et aborde les problèmes de santé publique les plus urgents dans le monde. Afin de répondre aux besoins de ses États membres, quel que soit leur niveau de développement, l'OMS publie des manuels pratiques, des guides et du matériel de formation pour différentes catégories d'agents de santé, des lignes directrices et des normes applicables au niveau international, des bilans et analyses des politiques et programmes sanitaires et de la recherche en santé, ainsi que des rapports de consensus sur des thèmes d'actualité dans lesquels sont formulés des avis techniques et des recommandations à l'intention des décideurs. Ces ouvrages sont étroitement liés aux activités prioritaires de l'Organisation, à savoir la prévention et l'endigement des maladies, la mise en place de systèmes de santé équitables fondés sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé individuelle et collective. L'accession de tous à un meilleur état de santé implique l'échange et la diffusion d'informations tirées du fonds d'expérience et de connaissance de tous les États membres ainsi que la collaboration des responsables mondiaux de la santé publique et des sciences biomédicales.

Pour qu'informations et avis autorisés en matière de santé soient connus le plus largement possible, l'OMS veille à ce que ses publications aient une diffusion internationale et elle encourage leur traduction et leur adaptation. En aidant à promouvoir et protéger la santé ainsi qu'à prévenir et à combattre les maladies dans le monde, les publications de l'OMS contribuent à la réalisation du but premier de l'Organisation - amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Examens de l'OCDE des systèmes de santé

SUISSE 2011

Table de matières

Chapitre 1. Principales caractéristiques du système de santé suisse

Chapitre 2. L'assurance maladie

Chapitre 3. Les personnels de santé

Chapitre 4. Les réformes récentes du système de santé et les progrès accomplis depuis l'examen de 2006

Chapitre 5. Les réformes et la gouvernance du système de santé suisse

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE/OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*, Éditions OCDE.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr>

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site www.oecd-ilibrary.org et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.