

Le patient du futur

Journée des professionnels de la santé 2003

Eléments de prospective

Ph. Schaller, Dr. Med, M. sc.

La prospective est en matière sanitaire, un exercice complexe en raison de nombreuses incertitudes, par exemple, la pénurie, à venir, de la main d'œuvre professionnelle, l'émergence de nouvelles pathologies, le développement de la recherche pharmaceutique et technique, les changements d'orientation politique.

Mais, prévoir l'évolution de notre système de santé est une tâche majeure de la santé publique et prévoir l'évolution de notre système de santé c'est évaluer si nous sommes prêt à accueillir ce « patient du futur »

Cette prévision suppose de repérer, aujourd'hui, les facteurs sanitaires, socio-économiques et politiques qui déterminent l'évolution du système. Ces éléments permettent de projeter un scénario futur probable.

A partir des facteurs qui conduisent au scénario futur probable, nous allons explorer quelques options qualitativement différentes permettant d'imaginer à quoi devrait ou pourrait ressembler notre système de santé pour répondre à certaines valeurs collectives et individuelles qui traversent de notre société.

Imaginer un scénario futur préférable, celui que nous voudrions voir survenir, est l'objectif de notre journée. Ce scénario pouvant être une alternative au scénario futur probable.

Il s'agit bien de proposer (d'imaginer) un autre scénario possible grâce auquel les décideurs pourront développer des stratégies volontaristes c'est à dire des stratégies orientées vers le scénario préférable.

Il est nécessaire que, nous les professionnel, identifions des opportunités possibles, formulions des préférences et développons des stratégies alternatives.

Le futur le plus probable n'est pas inéluctable, il faut faire un effort pour créer des alternatives plausibles et préférables.

Eléments à mettre en perspectives

1-Ce que l'on peut retenir de l'enquête :

L'offre de soins en Suisse est abondant et d'excellente qualité

Système de financement discriminatoire

Les médecins ont trop peu de temps pour leurs patients

La qualité de la relation thérapeutique est primordiale

La médecine complémentaire, les activités de prévention et la collaboration interdisciplinaire devraient être développés

Le spectre de la médecine à deux vitesses

Favorable à une médecine préventive mais pas prédictive
Importance de la relation de confiance

Une étude européenne, dont la Suisse a participé, montre une demande croissante pour davantage d'information, de choix et d'implication dans le processus de décision.¹ Les attentes de ce patient du futur sont de plus en plus grandes notamment au sein des couches de la population les plus jeunes et les mieux instruites ; mais les systèmes de soins ne sont pas préparés pour répondre à ces exigences.

- 74% des personnes interrogées ont déclaré que le patient devrait être impliqué dans les décisions relatives à son traitement ;
- 36% d'entre eux avaient le sentiment que leur médecin encourageait suffisamment le dialogue avec eux ;
- 45% estimaient carrément manquer d'informations satisfaisantes sur leur nouveau traitement ;
- 57% considéraient leur possibilité de poser un choix (de modéré à faible).

Les patients sont prêts à jouer un rôle plus important dans l'organisation des soins et se voient davantage comme partie prenante active dans le système. Il existe une tendance accrue vers une prise de pouvoir du patient. Les autres enseignements de cette enquête importante sont :

- Plaintes sur le peu de temps consacré par le médecin ;
- Demande d'être impliqué dans le choix de traitement et de prendre part au processus décisionnel ;
- Demande grandissante d'informations qui leur permettrait d'opérer un choix éclairé sur leur traitement ou de sélectionner au mieux le prestataire de soins de santé à consulter ;

« L'information est à la base de l'implication du patient à tous les niveaux, l'accès à une information fiable sur les traitements et la qualité des prestataires de soins de santé sont essentiels si l'on veut que les patients puissent jouer une rôle plus actif. »

« Le fossé entre les attentes du patient et l'environnement des soins de santé tel qu'il se présente à l'heure actuelle, ainsi que cette tendance de plus en plus marquée vers une implication renforcée du patient, représentent de véritables défis à relever pour les politiciens. Afin de maintenir la confiance du public dans leurs systèmes de soins de santé respectifs, les gouvernements doivent envisager de prendre des mesures concrètes visant à assurer un rôle actif aux patients »[□]

Pour répondre à ses attentes, l'autorité politique doit s'impliquer fortement pour :

- Promouvoir une collaboration étroite entre le patient et le corps médical ;
- Rendre plus aisé le choix d'un praticien et des services proposés en donnant accès aux informations liées à la performance ;
- Impliquer le public dans les décisions concernant les priorités en matière de santé.

Les facteurs qui déterminent l'évolution du système de santé :

¹ The European Patient of the Future, edited by Angela Coulter and Helen Magee, state of Health, 2003

1-Transformation des besoins de santé :

L'histoire moderne des systèmes de santé est profondément marquée par la rapide évolution de l'état de santé de la population dans laquelle elle s'est inscrite. L'évolution des besoins se présente comme le résultat des tendances démographiques et sociales de notre société ainsi que des effets de la médecine.

- Le vieillissement de la population augmente la fréquence des maladies chroniques et dégénérative : même si l'état de santé des personnes âgées s'améliore, la forte croissance de cette population augmente le nombre absolu de ces pathologies. La population des personnes de plus de 75 ans aura augmenté de 40% d'ici 2010. La littérature plaide sur une augmentation de la durée de vie sans incapacité. Outre les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers, ce sont les maladies de l'appareil locomoteur et neuropsychiatriques qui formeront une part considérable des besoins de santé futur. La prise en charge des personnes dépendantes sera une question centrale pour le système de santé dans les prochaines années. Notre système de soins y est mal préparé. (rapport PS sur l'EMS de demain)
- Les caractéristiques pathogène de certains aspects de l'évolution sociale vont avoir une influence majeure sur la demande de santé. L'état de santé des personnes et sa dégradation est le résultat de réactions de chacun à une multitude de facteurs comportementaux, biologiques et sociaux. La persistance d'un taux de chômage élevé, les effets des mécanismes d'exclusion économique, la transformation des structures familiales et des milieux de vie, l'évolution des modes d'éducation, les facteurs environnementaux sont autant de déterminants qui pèsent et continueront de peser d'un poids majeur dans les états de santé. (conseiller fédéral et médecin du travail)
- Les « représentations sociales » de la santé et de la maladie vont alimenter de nouvelles demandes à l'égard du système de santé. La demande du « corps performant » et du « corps parfait », de la notion de bonheur, de « bien être » relié à l'idée que le système médical participe à la réalisation de cette notion de « bonne santé » (conseillère nationale genevoise)
- L'évolution de la prévalence des maladies transmissibles semble s'accroître à nouveau notamment chez les hommes et les personnes âgées. Le SIDA garde une place particulière. Il persiste une grande incertitude qui porte tant sur l'apparition de nouvelles pandémies que sur les traitements curatifs ou préventifs (résistance aux ABTTT)
- L'évolution des patients vers des « sophisticated consumers » façonnera la demande de soins. Accès à l'information dont internet est un véhicule majeur. Les médias occupent une place capitale dans la formation de l'opinion en matière de santé publique et de soins. Les institutions de santé et les entreprises vont générer une partie de l'information au sein de ce fabuleux marché. Quid du développement de la médecine prédictive et de la génétique ? Seront-ils utilisés (rôle des employeurs et assureurs) mais se posera la question pour les maladies multifactorielles de modifier ou d'inciter à certains comportements ou traitement préventifs dont le coût peut s'avérer élevé.
- Ce siècle connaîtra d'importants déplacements de population causés par des problèmes sociaux, politiques et environnementaux survenant dans un contexte de fortes disparités économiques et démographiques.

2-Transformation de l'offre de soins : apparition de la technologie dans les soins est récente.

- Outils nouveaux apparaissent sans cesse. Cette accélération dans la production des nouveautés répond à une dynamique industrielle, scientifique ou commerciale qui ne correspond pas nécessairement à l'évolution des besoins de santé.

Chacune de ces techniques ouvre le champs possibles d'interventions médicales. Elles sont rapidement intégrées dans les stratégies thérapeutiques préventives ou diagnostiques : imagerie médicale, les nouvelles technologies de chirurgie minimale (angioplastie, neurochirurgie, laser), biotechnologie et thérapies géniques, techniques de suppléance fonctionnelle. PET scan au Tessin

Ces technologies modifient profondément les objectifs de la médecine souvent à l'insu des soignants et des patients. (automatisme des examens sg remplace anamnèse et clinique)

Les soins constituent un marché solvable , perspective d'amélioration de la santé

Peu de perspective de changement à court terme puisque l'innovation technique générale se poursuit à un rythme accéléré et que les propositions continueront d'arriver dans le monde de la santé

- Débats sur le rationnement sont un signe selon lequel de nouvelles stratégies sont nécessaires pour contrôler le flux de ces nouvelles technologies médicales.
 - Evolution des technologies de la communication entre professionnels et patients entre professionnels et payeurs, Informatisation du dossier médical. Cette informatisation permettra de mieux documenter l'acte médical et ses conséquences en santé publique.
 - Modification des rapports entre patients, soignants et payeurs.
 - Spécialisation des professionnels : morcellement des savoirs et des pratiques, antinomie et sauvegarde de privilèges. Malheureusement cette professionalisation de leurs fonctions ne permet plus d'avoir une cohésion nécessaires aux multiples interventions . Les professionnels ne participent plus aux transformations en cours des systèmes de santé . Les services publics ou les assureurs qui ont des intérêts « plus » cohérents qui conduisent les réformes. Féminisation de la profession.
 - De nouveaux métiers apparaîtront à la charnière de la médecine et de la biologie ou de l'informatique qui modifieront la conception traditionnelle du rôle du médecin et de l'organisation du travail correspondante. La prise en charge globale des patients dépendants exigera des compétences qui font aujourd'hui largement défaut

3-Transformations économiques et politiques :

- Le système de santé évolue également selon une dynamique économique (profitabilité des entreprises de soins par exemple) et politique (répartition des pouvoirs entre les partenaires par exemple). Le système de santé sensible à ces variations. Il représente 10% des emplois.
- Dans la décennie à venir la principale évolution socio-économique du système de santé concerne l'affermissement du marché libre simultanément à un affaiblissement de l'Etat comme garant des droits traditionnels tels que l'accès équitable aux services de santé
- La vogue actuelle du marché libre dans la santé est due pour une part, à l'échec des mécanismes publics de contrôle de la dépense sanitaire et, d'autre part , à l'insatisfaction de la population vis-à-vis des services offerts en quantité et en qualité.

- Cette vogue dépend aussi du contexte idéologique qui voudrait que le marché libre apporte une solution à tous les problèmes, y compris à la pauvreté (banque mondiale, Conseil fédéral)
- En gros une gestion vertueuse par le marché libre compense largement les problèmes liés à l'absence de régulation
- La littérature rapporte l'expérience historique déjà riche dans le domaine de la privatisation des services de santé avec les exemples contrastés comme celui des Etats Unis et du Royaume Unis. Il faut noter qu'une partie des réformes des services de santé ne vise pas à sortir ces services du giron de l'état mais plutôt à introduire des mécanismes qui minimisent une situation de marché à l'intérieur même de l'Etat (dia sur NHS/Kaiser et sur funds holder)
- Tout est possible marché privé des soins avec un financeur public, un marché dominé par des financeurs (assuranciers) privés agissant en collaboration étroite avec avec les dispensateurs de soins (Etats Unis) Dans ce sens le marché libre dans les services de santé peut se comporter comme le marché de l'armement militaire.
- Deux remarques : Dans le marché libre la diversification des services offerts doit répondre à un critère de rentabilité économique directe, cadre d'un marché public contrôlé par Etat la diversité doit aussi répondre à des critères de rentabilité politique
- Le marché libre peut conduire à des concentrations monopolistiques où des groupes d'assureurs contrôlent des pans entiers du systpème de soins. Cette situation peut conduire à la mise sous tutelle des professionnels de soins dans le cadre de structure privée. Achevant ainsi une longue transformation des professions soignantes.
- Le marché libre offre une bonne plasticité du système de soins aux nouvelles demandes de la population et la rapidité cette réponse. Les institutions d'Etat bougent plus lentement. Mais le marché libre ne réagit qu'à des demandes solvables et si possible rentable. Ceci concerne également à des suppressions d'activité non rentable.
- Développement du consumérisme au sein du système de santé qui correspond à une tendance générale dans l'économie des pays développés. Ce consumérisme habite également la notion d'empowerment des patients. Il pourrait s'accentuer quelque soit le degré de privatisation du système de soins : il agirait directement sur la gestion quotidienne des services de santé.
- Rôle de lhôpital universitaire

4-Développement des systèmes de communication

Que faire ??

La croissance de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale et les transferts sociaux pose un double problème : contrainte financière sur les budgets publics et privés

Le lien direct qui unit dépenses de soins et état de santé de la population et l'influence sur ce dernier de plusieurs autres déterminants metent en question le bien fondé de la priorité qui dans les faits est accordé depuis de nombreuses années au financement des soins sur celui d'autres fonctions collectives plus prioritaire voir plus

avantageuse susceptibles d'améliorer la santé de chacun et ce toujours sous la pression de l'urgence et sans débat collectif de fond

Le problème est simple : croissance PIB = 0 croissance dépenses de santé = 6%

Une meilleure performance du système de santé et de dépenses mieux maîtrisée oblige de s'interroger sur sa gestion et sur sa régulation.

Les ressources de santé ne sont pas véritablement gérées en raison d'un professionnalisme insuffisant de chacun des acteurs mais également parce que le système de régulation qui organise collectivement leurs rapports est éclaté et apparaît aujourd'hui à bout de souffle (régulation, intégration des soins, Kaiser, informatisation empowerment)

Tendance certaine à l'accroissement de la part des dépenses de soins dans la richesse nationale.

Une croissance des dépenses de soins faiblement corrélée à l'amélioration de l'état de santé de la population

Mise en évidence d'autres déterminants des états de santé et justifie-t-elle une allocation des ressources différentes ? ?

Nombreuses études démontrent que d'autres priorités auraient une efficacité sanitaire plus grande

Les professionnels (industries) ont su notamment dans les domaines techniques tirer le meilleur parti de l'amélioration progressive de la protection sociale des patients, dans le même temps cette solvabilité de la demande a pu favoriser une forme de consumérisme médical cherchant à inclure dans le champ de l'assurance maladie et de la solidarité collective des prestations et des produits de bien être.. Dans bcp de domaine la dynamique de développement des dépenses de santé s'est donc affranchie de l'examen de son utilité sociale et de son utilité sanitaire au regard d'autres allocations possible des ressources

Mais dans le cadre d'une logique assurancielle (c'est la nœud du problème) il ne va pas de soi que l'utilité collective des dépenses doive primer sur son utilité individuelle qui s'attache à la possibilité pour chacun des assurés de bénéficier en cas de maladie ou d'accident d'un maximum de possibilité curative. (vers dans la pomme dès le départ) Mais dès lors que la santé est également et prioritairement fondée sur une solidarité collective, cette solidarité impose un redéploiement des ressources en amont du système de soins ce qui favoriserait une meilleure efficacité globale de l'effort consenti par la collectivité et une plus grande équité sociale de ses résultats.

Gestion politique devra se situer au sein de ce dilemme : implique un double objectif : lutter contre le gaspillage ceci pour l'amélioration de la performance du système de soins et organiser progressivement la prise en charge de la santé en amont du système curatif aujourd'hui inhibé par la croissance rapide des ressources affectées à ce dernier.

Actuellement un système de régulation à bout de souffle :

En panne incapable de réformes en profondeur ou de faire face aux difficultés qui se

profitent.

Nécessité de s'interroger sur la position des acteurs collectifs et les relations qu'ils entretiennent.

L'Etat qui devrait être le régulateur du système souffre de crédibilité. Contrôle insuffisant, discours laissant le pouvoir de régulation aux assurances, pas de vision claire sur la planification, fédéralisme. Compromis aux chambres manipulées par les lobbies, pauvreté des moyens face aux enjeux

Les professionnels : pas de vision, balkanisation, tétanisé par le TarMed

Caisses maladie : concurrence, n'ont ni lka compétence médicale et technique suffisante pour exercer sur les médecins et les autres producteurs de soins . Absence de légitimité politique. Ils pourraient prétendre de représenter les assurés. Mais concurrence, non transparence, pas de contrôle public

Un jeu sans règles claires et un système figé

Système assuranciel : patient client, client est un risque, même si sociale non transparence des comptes (public)

Absence de négociation avec les pouvoirs publics sur planification ambulatoire et hospitalier

L'Etat absence de légitimer sur offre ambulatoire (clause du besoins) , pauvreté des moyens sur le contrôle des caisses.

Fédéralisme rend difficile la planification sanitaire intercabtonale

Consumérisme des patients, marché des médicaments et technologies

Balkanisation des professionnels(médecins entre eux et interprofessionnel)

Absence d'information pertinentes et incapacité d'évaluation à tous les niveaux de la prise de décision symptome de l'inefficience du système et son impossibilité à se réformer.

Des assurances cherchant des part de marché (bon risques) imposant des règles économiques aux fournisseurs de soins (abolition de l'obligation de contracter)

Levier politique actuel sur augmentation du tiicket modérateur : franchise avec risque d'aller en dessous de la consommation de soins souhaitable pour les plus pauvres

Ordonné par la force des choses autour du seul objectif de contrôle de la dépense, la politique publique est de ce fait quasiment paralysée. Aucune décision n'est prise actuellement. Révision de la LAMal donnera le pouvoir aux caisses maladie.

Trois scénarios pour le système de santé helvétique :

Ces trois scénarios sont plausibles en fonction. Les deux premier sont probables, le troisième serait préférable.

Scénario « status quo » :

La deuxième révision de la LAMal n'est pas acceptée par les chambres nouvellement élues. Pas de modifications fondamentales , compromis entre les acteurs.

L'un des paradoxes de la situation en santé publique a été que l'accroissement du rôle de l'Etat en termes financiers n'a pas été accompagné d'une augmentation de ses compétences en matière d'intervention

Ceci est une source de tensions dans le système de santé dont témoigne le débat sur le contrôle des dépenses de santé.

Comprendre certains enjeux de société :

Existence d'inégalité progressive dans accès aux soins de santé : dentaire, personnes âgées domicile versus home, espérance de vie, accès à chirurgie électorale (PTH),

Les enjeux liés aux transformations de notre système de santé sont à la fois économiques, politiques et sociaux.

L'industrie pharmaceutique helvétique est la plus florissante du monde

Compagnie assurance privée font du bénéfice

Industrie des biotechnologies s'annonce comme une véritable mine d'or

Augmentation de l'offre en raison du paiement à l'acte : (référence OCDE)

Patient du futur :

Quelle place des nouvelles technologies ? par rapport coût et efficacité ? ?

Réponse dans enquête

Quelle rôle donner à l'Etat : favorable

Quel rôle donner aux médecins : confiance

Problème de la 2ème révision LAMal : médecine technique, scientifique, économique et non relationnelle.

Corps et esprit réunit : demande des patients

Ce qui est rassurant dans le sondage : le désir d'information et de responsabilisation manifesté par des patients de plus en plus actifs peut également jouer un rôle très positif en contribuant à l'évolution de la relation médecin /malade et au renouvellement de l'organisation de soins.

Accroissement de la demande en soins ambulatoire, adaptation en vue de coordonner les prestations soignantes avec celles des services sociaux, ces derniers de plus en plus sollicités par le fait même que les structures familiales sont souvent déficientes et que isolement des personnes impose de professionnaliser le support social

Changement du rôle de l'hôpital : plus un lieu de courte durée uniquement mais également un rôle de

Objectifs de croissance gérés à court terme : l'augmentation des dépenses se maintient à 6% l'an

Les objectifs de santé publique restent disparates

Le principe du libre choix est confirmé

La prise en charge des techniques nouvelles n'est pas anticipée et se fait sous la pression des professionnels, des industries et des usagers

Les industriels développent les techniques du système biomédical qu'ils pensent pouvoir faire reconnaître par les cliniciens et prendre en charge par l'assurance maladie.

La médecine spécialisée garde sa prépondérance, le libre accès au spécialiste n'est pas remis en cause.

La médecine à l'acte reste le principe d'organisation, l'application du Tar Med n'a pas freiné les dépenses de santé dans le domaine de l'ambulatoire au contraire la spirale « volume-prix-volume » caractérisant la régulation des soins a poursuivi son ascension.

Quelques négociations partielles permettant de trouver un consensus sur les objectifs à atteindre, au prix de quelques inflexions des pratiques professionnelles.

Augmentation du Ticket modérateur afin d'agir par le biais des franchises sur la demande de soins avec effet de sous-dispensation de soins dans les couches les plus pauvres de la société

Pas de consensus sur la révision du catalogue des prestations

Architecture reste complexe, l'ensemble est peu cohérent, peu efficace en matière de responsabilité et de moins en moins sur le plan de l'équité.

La politique publique de santé reste paralysée, inefficace et déprimante pour l'ensemble de la société

Les lobbies continuent d'influencer la politique sanitaire des deux chambres.

Les comptes des caisses maladie restent toujours aussi opaques.

Les débats restent conflictuels et parcellaires, les liens entre responsabilité individuelle et collective restent non définis.

Les transformations du système de santé sont induites au coup par coup par des pressions parfois conflictuelles de la demande et de l'offre notamment en raison du vieillissement de la population, les changements de sociétés et les évolutions scientifiques et technologiques.

1. Scénario 2ème et 3ème révision de la LAMal

L'orientation a été prise de maîtriser la dépense sociale de soins et de laisser une large part des décisions aux assurances maladie. Le système est régulé en partie par le marché et la concurrence. La fin de l'obligation de contracter permet aux assureurs de choisir leurs médecins. La concurrence entre les hôpitaux privés et publics est effective en raison du paiement par prestations (DRG) et du financement moniste.

Les assureurs ont passés des contrats avec des groupes de médecins (réseaux), des hôpitaux et des laboratoires.

Plusieurs prises de participation croisées ont eu lieu dans le domaine de la santé et les structures de soins deviennent de véritables oligopoles.

Les hôpitaux privés se sont organisés pour offrir un segment rentable d'activité

L'hôpital public a de la peine à être concurrent en raison de sa lourdeur administrative et des règles syndicales en application. Les situations socio-médicales pèsent lourdement sur les budgets hospitaliers

publics.

Les meilleurs chirurgiens quittent l'alma mater pour pratiquer dans les structures privées plus attrayantes sur le plan financier et développement technologique

Les thérapies géniques sont pratiquées dans des centres privés pour les maladies monogénétiques. Un grand débat s'est instauré pour les dépistage systématiques par les techniques de prédiction génétique mais l'industrie et le monde assurantiel pousse pour leur développement.

Les assurances complémentaires fleurissent en raison de la pression sur le panier des soins.

La pensée du moment reste attachée au fait que les nouvelles techniques vont progressivement offrir des potentialités et permettre de maîtriser les dépenses de santé. Les professionnels gardent l'entière maîtrise de leur mise en œuvre

Le champ de la médecine curative s'est encore développée associant à la fois des interventions très précoces dès le moindre symptôme et très tardives pour prolonger au maximum la vie.

Chaque individu peut gérer son capital santé grâce à son empreinte génétique.

La médecine d'expert s'est largement développée, l'informatique a aidé la diffusion et la mise en œuvre de protocoles cliniques d'exploration et de traitements et la publication large des normes de résultats et de coûts

Cette rationalisation forte des soins est contraignante pour les médecins mais permet l'existence d'une médecine de spécialiste performant.

Les médecins sont organisés en réseaux de spécialistes organisés autour de la prise en charge d'un organe ou d'un système fonctionnel (cœur, appareil locomoteur, sport)

Les innovations sont rapidement mises sur le marché

L'informatisation de la production permet une utilisation maximale et optimale des techniques disponibles

L'organisation technique du domicile et de l'environnement est possible. Elle permet aux personnes handicapées et dépendantes et solvables de se maintenir à domicile.

Cependant les failles du système de solidarité, les possibilités de développer une médecine individuelle grèvent l'action des facteurs sociaux et environnementaux et les pathologies qui leur sont liées. Il est de plus en plus difficile de faire reconnaître le caractère professionnels d'une maladie.

Les actions sur la toxicomanie, l'alcoolisme et les conduites déviantes sont plutôt répressives que préventives.

Le faible niveau de prise en charge publique crée rapidement des problèmes d'accès aux techniques nouvelles et amplifie les différences d'état de santé liées aux conditions économiques et sociales individuelles.

La dépense sociale est maîtrisée à court terme, les réponses techniques immédiates sont de très haut niveau mais les coûts résiduels pour les usagers ou les assureurs sont élevés : la dépense de santé pèse de plus en plus lourd dans le budget de ménages et dans le PIB.

Scénario « santé organisée »

Les professionnels et de la population ont pris conscience que le capital humain est un facteur clé de la croissance économique et de bien-être de la cité. L'état de santé de la population est une préoccupation collective majeure et une valeur forte.

Des objectifs de santé publique cadrent avec les actions de maîtrise des dépenses et le développement des techniques.

La Berne fédérale définit les objectifs de santé et les réductions de la mortalité évitable.

Les déterminants sociaux mais aussi génétique des problèmes de santé des individus et de la collectivité

fondent l'organisation des actions de santé

Les programmes de prévention des risques et de dépisages ajustés sur les risques individuels sont valorisés et mise en oeuvre localement.

La télématique met à la disposition des usagers des programmes de santé adaptés aux risques médicaux et sociaux de chacun valorisant les stratégies comportementales individuelles et collectives positives.

Les professionnels font des arbitrages entre les différentes techniques

Les techniques curatives ayant démontré leur efficacité se développent mais l'acharnement thérapeutique et les techniques lourdes sont fortement remises en cause.

Le nombre de lits d'hospitalisation a été réduit de 60% . Certains ont été transformés en soins de longue durée.

Sur le plan régional développement d'instances médico-sociales. Elles sont responsables de l'état de santé d'une population et dispose pour ce faire d'un forfait annuel par personne. Elles ont une capacité de mobiliser rapidement un système de soins de proximité. Les patients peuvent être suivis en ambulatoire grâce au développement des techniques d'auto-surveillance, des logiciels d'aide à l'auto-évaluation, aide au diagnostic.

Les interventions médicales sont orientées sur la prise en charge globale de soins effectués également par des non médecins. Le nombre de spécialistes diminue

Les critères d'évaluation des programmes et des individus prennent en considération les résultats de long terme comme la satisfaction des patients et les critères de réinsertion sociale

Des associations d'usagers labellisent les différents réseaux de prestations médicales et sociales. La concurrence peut être forte.

L'espérance de vie globale augmente peu. Mais l'espérance de vie sans incapacité est nettement accrue.

Les inégalités et les problèmes de santé liés à la pauvreté sont limités

Le niveau d'éducation sanitaire est élevé.

Une information épidémiologique et médicale de qualité est accessible.

La capacité d'anticipation des individus et des collectivités sont accrues.

1. Que faire « ici et maintenant »

Soumettre au débat une tentative de réponse d'ensemble aux problèmes soulevés par la régulation politique et économique de notre système de soins.

Cette proposition n'est pas qu'une pure construction intellectuelle, elle veut coller à la réalité du contexte socio-politique helvétique et s'inspire plus largement d'expérience locale ou internationale.

Elle devrait être acceptable pour une partie des acteurs notamment la population, les collectivités publiques, les professionnels, du moins certains, et les politiques éclairés.

Les grandes lignes :

1. La mise en place d'une caisse nationale de santé et la clarification des rôles entre l'Etat et les caisses d'assurances maladie
2. Prélèvement sur l'ensemble des revenus des ménages
3. Le pilotage du système de soins par le pouvoir politique et les collectivités locales
4. Le financement moniste
5. La décision d'affectation des ressources et la gouvernance est locale. (régionale plus adaptée que cantonale) L'imputabilité et la responsabilité dépend des acteurs locaux (élus politiques,

professionnels oeuvrant sur le territoire, administrateurs-gestionnaires (anciens assureurs), patients)
Une organisation locale prendrait la forme d'une agence régionale sociales et santé. Organisation en fonction des besoins de la population locale. La régulation du système de soins doit être fondée sur la création d'espace locaux gérés en concertation avec les différents acteurs. (Mise en place de réseaux de soins locaux spécifiques (modèle anglais, HMO, allemand, EMS, cercles de qualité médecins (delta). Les modes de rémunération seraient négociés : mixité, paiement à l'acte et à la responsabilité, budget type capitation, contrat avec clauses d'efficience.

6. Planification hospitalière privée et publique : contrats de prestations : financement à la prestation ou contrats selon types de prise en charge. Maintenir une certaine concurrence sur les prix quand ceux-ci peuvent être définis pour des prestations semblables.
7. Accréditation pour tous les professionnels, promouvoir la qualité.
8. Volonté forte de replacer le médecin généraliste au cœur du dispositif (guide de bonne pratique) et coordonner les soins autour d'un pivot communautaire (SIPA, Suède, Angleterre)
9. La définition explicite d'un panier des biens et services sur lesquels portera la responsabilité collective et une procédure pour la prise de décision quant aux rationnements possibles. Reconnaître qu'une partie des dépenses des soins sont devenues des dépenses de consommation courante et cesser de les financer par les prélèvements obligatoires.
10. Les soins en sus pourraient être couverts par des assurances privées
11. La reconnaissance de mécanismes de régulation économique (concurrence) en vue d'optimiser les ressources rares affectés à la santé
12. Une redéfinition des affectations des ressources en fonction des besoins de la population
13. La participation de tous les acteurs à la réforme
14. Le passage de la notion de contrôle à la notion d'incitation
15. La recherche de mode d'organisation de l'offre de soins adaptés aux évolutions prévisibles des besoins
16. Invention de modes de financement incitant à l'efficience
17. Décloisonnement des différents intervenants
- 18.

Depuis deux siècles transformation importante du rôle de l'Etat dans le domaine de la santé allant d'une protection de la population vers une réglementation de l'accès aux soins puis vers une intégration dans la sécurité sociale. Cette extension des tâches de la santé publique et du rôle de l'Etat a permis d'atteindre trois objectifs : socio sanitaire protection solidaire des individus contre la maladie , économique pour conserver le niveau de vie des personnes atteinte pour maintenir leur solvabilité, et politique pour garantir le calme dans la société.

La santé a fait partie de la mise en place des grands dispositifs de l'Etat moderne comme l'éducation

Conséquences :

l'Etat contrôle actuellement une portion considérable de la santé publique et individuelle. Etat a une responsabilité majeure

Proximité de la santé avec d'autres secteurs d'intervention de l'Etat moderne

Accroissement du rôle de l'Etat et la complexité des relations entre financement et prestations (principalement public) alors que les prestataires sont privés

L'étude prospective de l'évolution des besoins fait apparaître la nécessité de coordonner les différents intervenants du système sanitaire et d'ouvrir celui-ci sur le système social. Le système actuel se présente comme un système cloisonné (p28) Elément risque et sécurité croissante p 38

Liens entre consumérisme, attentes raisonnable population équité, choix des populations information des politiques et des professionnels

Inéluctable : plus de privatisation mais maintenir dans un environnement public. Débat important.

Intégration des soins, privatisation,

Cas de la prescription des médecins étude de Jean Fabre sur prescription des médicaments : personnalité et formation sur la relation

Cas de la ménopause.

Patient futur = homme debout

Références :

Paccaud F., Planification sanitaire par scénarios , cours université de Montréal, juin 2000

Soubie R. et al. , Santé 2010, commissariat général du plan , documentation française, 1993

Schweyer F-X. et al., Créer et piloter un réseau de santé, ENSP, 2002

Guérin M., Le généraliste et son patient, Flammarion, 1995

Poirier M. et al., A qui profite le démantèlement de l'Etat, Chaire UQAM, 1998

Bolgiani I., L'application des nouvelles méthodes de gestion publique dans le secteur de la santé, Cahier SSPS, 2002

Adam Ph., Herzlich Cl., Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan, 1994

Projet , Santé valeur en hausse, revue trimestrielle n° 230, été 1992

Esprit, La santé, à quel prix ? février 1997

Bilbeau G., Une troisième voie en santé publique, Rupture, revue transdisciplinaire en santé, université Montréal 1999