

Quel système de santé ?



ssp
Commission de la santé
Case postale
8036 Zurich
Tél. 044 266 52 52
Fax 044 266 52 53
vpod@vpod-ssp.ch
www.ssp-vpod.ch

Quel système de santé?

Editeur:

Commission de la santé
Syndicat suisse des services publics ssp
Secrétariat central
Case postale 8279, 8036 Zurich

Le document „Agenda de réformes pour une politique de santé sociale“ a été rédigé par un groupe d'expert-e-s du „Réseau de Réflexion Suisse“. Fondé en 2004, le „Réseau de Réflexion“ est une fabrique d'idées de critique sociale. Il a pour objectif de réduire l'influence de la politique néolibérale sur l'économie et la société. Informations complémentaires sous: www.denknetz-online.ch.

Le ssp salue l'orientation proposée dans le présent agenda de réformes. Néanmoins, ce texte reflète uniquement l'avis de ses auteur-e-s.

L'article sur le système de santé US a paru la première fois dans l'édition de mars 2005 de la publication Soziale Medizin. L'article „Débat sur la politique de la santé en Suisse“ et l'agenda de réformes ont été publiés pour la première fois dans l'Annuaire 2005 du Réseau de Réflexion.

Zurich, janvier 2006

Les politiciens bourgeois travaillant sur le dossier de la santé veulent une refonte en profondeur du système de santé suisse. Bon nombre des recettes qu'ils proposent proviennent des États-Unis: marché et concurrence, assureurs maladie privés détenant un grand pouvoir, accès illimité au marché pour des prestataires de services visant le profit.

Des forces progressistes formulent des contre-projets: un groupe d'expert-e-s du Réseau de Réflexion a élaboré un agenda de réformes pour une politique de santé sociale que nous vous présentons avec une documentation.

Dans la présente brochure, nous expliquons également la question fondamentale soulevée par le système de santé actuel en Suisse, tout en montrant les conséquences de la politique de la santé axée sur le profit pratiquée aux États-Unis.



Le ssp veut un système de santé qui soit social et de haute qualité

Le ssp est le syndicat de la santé en Suisse. C'est dans notre syndicat que sont organisés le personnel soignant, les ambulanciers/-ières, les assistant-e-s en radiologie, les assistant-e-s en soins et santé communautaire, le personnel du nettoyage, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes – bref: tous les employé-e-s du secteur de la santé.

C'est pourquoi le ssp s'engage tout particulièrement dans le domaine de la politique de la santé. Nous voulons un système de santé de haute qualité et qui soit financé de manière sociale. Nous voulons des salaires et des conditions d'engagement correctes pour les employé-e-s de ce secteur. Et nous voulons également que l'accès aux prestations médicales soit le même pour toutes les personnes.

Le système de santé suisse est à juste titre considéré comme un système de haute qualité. Cependant, le lobby des caisses maladies et les politiciens bourgeois qui prônent l'application de programmes d'économies veulent démanteler cette qualité. Les propositions formulées dans le cadre de la révision de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) et qui sont inspirées des méthodes pratiquées aux États-Unis visent à accroître les profits et conduisent à l'apparition d'une médecine à deux vitesses. Or, le modèle américain montre précisément qu'une influence accrue du marché entraîne inévitablement davantage d'injustice et davantage de coûts dans le système de la santé.

Le ssp entend stopper cette évolution en collaboration avec toutes les autres forces progressistes de Suisse. Simultanément, le ssp s'engage pour que le système de santé devienne plus efficient et plus social. C'est pourquoi il soutient l'initiative populaire pour une caisse maladie unique.

Celles et ceux qui veulent oeuvrer avec succès en faveur d'un système de santé social ont besoin d'un concept concernant l'avenir du système des soins de santé. Le „Réseau de Réflexion Suisse“ a élaboré un agenda de réformes progressistes pour une politique de santé sociale et propose ainsi un concept en la matière, à l'élaboration duquel le ssp a participé activement.

Le ssp salue cet agenda de réformes et estime que ce dernier fournit des points de repère importants dans les débats actuellement en cours.

Zurich, janvier 2006

Christine Goll

Doris Schüepp



Débat sur la politique de la santé en Suisse

Faits et faux arguments

Beat Ringger

Début juin 2005, le conseiller fédéral Couchepin annonçait qu'il allait exclure une grande partie des prestations de médecine complémentaire de l'assurance maladie de base. En prenant cette décision, il n'a pas tenu compte de l'avis dominant parmi les expert-e-s et a ignoré les résultats d'une étude réalisée sur la base d'un mandat donné par le Conseil fédéral lui-même il y a cinq ans. Toute cette histoire pourrait être considérée comme une simple farce s'il n'y avait pas quelques signes montrant que des changements importants sont en train de s'opérer en coulisses. En effet, quelques semaines avant la publication de la décision de Couchepin, les auteur-e-s de l'étude susmentionnée se sont vu interdire de mettre à disposition du public les données ayant servi à la réalisation de l'étude sous menace de sanctions pénales; l'on voulait même obliger ces personnes à céder les droits sur toutes ces données à l'administration fédérale. Mentionnons aussi l'exemple suivant: la décision de Couchepin avait à peine été annoncée que le groupe de caisses maladie Mutuel publiait des annonces pleine page pour des assurances complémentaires couvrant les prestations de médecine complémentaire exclues de l'assurance de base. Il faut savoir que les caisses n'ont pas le droit de réaliser des bénéfiques dans le cadre de l'assurance de base, mais qu'elles en ont parfaitement le droit dans le domaine des assurances complémentaires. Rappelons que Couchepin était lui-même membre du conseil d'administration du Groupe mutuel avant son élection au Conseil fédéral.

5

Une orientation davantage axée sur le profit dans le système de santé?

L'exclusion des prestations de médecine complémentaire de l'assurance de base fait partie d'une stratégie globale appliquée depuis un certain nombre d'années dans le domaine de la politique de la santé par certains milieux bourgeois dont l'influence est déterminante. L'objectif déclaré est d'accorder davantage de place à l'économie de marché dans le système de santé et d'introduire par étapes des soins médicaux différenciés, à la „carte“. Celles et ceux qui prônent cette voie prennent consciemment le risque de stimuler l'émergence d'une médecine à deux vitesses.

Les autres éléments de cette stratégie sont les suivants:

- L'allègement du catalogue des prestations de l'assurance de base devrait se poursuivre dans les domaines de la médecine classique et de la psychothérapie. L'exclusion de quatre prestations de médecine complémentaire n'était donc qu'un début. Le conseiller fédéral Couchepin s'emploie avec énergie à faire avancer cette politique. Ces deux personnes n'ont pas peur de pousser l'interprétation

des dispositions légales concernées aux limites de l'admissible (ou au-delà?).

- Dans la plupart des cantons, les hôpitaux publics devraient devenir des „entreprises“ par le biais de leur transformation en sociétés anonymes ou en établissements de droit public. Dans le canton de Berne, l'on a même essayé de fixer dans la loi l'obligation pour tous les hôpitaux de privilégier des organismes privés plutôt que des organismes publics comme instance responsable de leur structure. Cependant, ce projet a été nettement refusé, par deux tiers des votant-e-s, lors de la consultation populaire en question.
- Les hôpitaux privés devraient être mis sur pied d'égalité avec les hôpitaux publics, même s'ils ne contribuent pas dans la même mesure au système des soins de santé de base. Cette situation entraînerait la conséquence suivante: les hôpitaux privés s'assureraient le droit de fournir les prestations rentables, tandis qu'on laisserait le soin aux hôpitaux publics de s'occuper des thérapies coûteuses.
- La position des caisses maladie privées serait nettement renforcée: à l'avenir, elles devraient pouvoir choisir avec quels médecins elles veulent conclure des contrats et avec lesquels elles ne veulent pas le faire (suppression de l'obligation de contracter). Les médecins sans contrat ne pourraient plus établir leurs factures à la charge de la caisse concernée. Les caisses joueraient le rôle d'organisme payeur unique (système moniste) pour tous les fournisseurs de prestations (hôpitaux, aide et soins à domicile, cliniques, cabinets de médecin). Les cantons et les autres organismes publics seraient mis hors jeu et devraient transmettre leurs parts de financement aux caisses.
- Conséquence: un renforcement important du pouvoir des caisses, qui pourrait encore être considérablement augmenté si, au cours d'une deuxième étape, l'obligation de contracter était supprimée. Cette possibilité fait déjà l'objet de discussions. Il s'agirait de forcer les fournisseurs de prestations à entrer en concurrence les uns avec les autres face aux caisses maladie au pouvoir ainsi renforcé. Les caisses maladie retiendraient ainsi les institutions offrant leurs prestations aux prix les plus avantageux. Cela pourrait avoir des effets imprévisibles sur la qualité des prestations.
- Dans le domaine des soins ambulatoires, l'on veut promouvoir, sous le concept du „Managed Care“, des institutions (Health Maintenance Organisations, HMO) travaillant selon les principes de l'économie privée: le remboursement des prestations des HMO devrait permettre à ces dernières de mener leurs activités dans une logique axée sur le profit.

- La participation des patient-e-s aux coûts des prestations devrait être relevée et passer de 10% à 20% (avec une limite annuelle maximale fixée à 700 francs).

Les quatre derniers points mentionnés font partie du projet de révision de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) du Conseil fédéral. En Suisse, la LAMal représente la base déterminante pour réglementer le système de la santé.

Réseau de réflexion – groupe spécialisé „politique de la santé“

Le contexte actuel a incité une série de spécialistes du système de santé à créer un groupe spécialisé dans la politique de la santé dans le cadre du Réseau de réflexion („Denknetz“ en allemand). Ce réseau a présenté un agenda de réformes progressistes pour le système de santé suisse, qui veut être une contribution aux efforts entrepris pour donner à la gauche des références communes dans sa lutte pour déterminer l'orientation future de la politique de la santé.

Aujourd'hui, ces références communes sont indispensables. En effet, la gauche est apparue divisée lors d'une série de votations cantonales sur des projets de détachement et de privatisation d'hôpitaux: à plusieurs reprises, des départements cantonaux de la santé dirigés par des socialistes ou des verts ont présenté de tels projets et dans les discussions en matière de politique de la santé au sein de la gauche apparaissent souvent des hésitations.

Un autre article met en lumière l'évolution du système de santé des Etats-Unis. La situation américaine est un exemple de ce qui arrive lorsque le capital privé entre en force dans le système de santé. Ce texte a été rédigé à l'occasion d'une tournée de conférences de David Himmelstein, professeur agrégé en médecine à la prestigieuse Harvard Medical School et connu comme expert critique du système de santé des Etats-Unis. Cette tournée a été organisée par le ssp en mars 2005.

Le système de santé suisse: un système de bonne qualité et dont les conditions d'accès sont équitables en comparaison avec celles d'autres systèmes...

La qualité du système de santé suisse a une réputation allant de „bonne“ à „excellente“. En ce qui concerne les conditions d'accès aux prestations pour toutes les couches sociales, la Suisse est bien classée dans les études comparatives internationales. Il est vrai que l'on constate dans tous les pays une corrélation entre le revenu et l'accès au système de santé: plus le revenu est élevé, plus les conditions d'accès aux prestations sont bonnes. Une vaste étude empirique menée sur ces questions a cependant montré que la Suisse, de même que l'Irlande et les Pays-Bas, affichent les disparités d'accès les plus faibles. Les conditions d'accès à notre système de santé sont bonnes pour toutes les couches sociales en comparaison avec celles d'autres pays (1).

Un projet de recherche de Robert E. Leu et de Martin Schellhorn, qui s'inscrit dans le cadre du projet du Fonds national de la recherche scientifique PNR n°45, arrive à des conclusions similaires. La seule différence significative constatée dans cette étude concerne le recours à une ou un médecin spécialiste: les riches ont

plus fréquemment recours à de tels médecins que les personnes moins bien loties. Par contre, les personnes à revenu modeste vont plus souvent que les autres chez un médecin généraliste (2). En outre, Leu cite une autre étude de Doorslaer et Koolmann, selon laquelle il existe dans tous les 13 pays étudiés un rapport directement proportionnel entre niveau de revenu et état de santé, ce rapport jouant cependant un rôle plus réduit en Suisse, aux Pays-Bas et en Allemagne (3).

La LAMal est en vigueur depuis 1996. Cette loi se distingue par trois dispositions positives:

- La LAMal implique l'obligation de s'assurer, ce qui signifie que toute personne habitant en Suisse doit s'assurer contre la maladie auprès d'une caisse maladie reconnue.
- L'assurance de base couvre toutes les prestations qui apparaissent comme étant utiles sur le plan médical. Ce „catalogue des prestations base“ est ouvert (la liste n'est pas fermée), c'est-à-dire que de nouveaux traitements qui sont efficaces y seront intégrés après examen.
- Au niveau de l'assurance de base, les caisses maladie ne peuvent proposer qu'une offre de prestations uniforme et les prestations de l'assurance de base doivent être fournies dans l'ensemble de la Suisse à des tarifs uniformes (protection des tarifs).

8

En Suisse, les hôpitaux les plus importants et les meilleurs du point de vue de la qualité sont en règle générale en mains publiques, ce qui signifie qu'ils sont tenus d'offrir des prestations de base de bonne qualité. Ces facteurs sont constitutifs de la bonne qualité du système de santé suisse et du caractère égalitaire d'accès à ce système. Néanmoins, il est évident que les inégalités sociales et culturelles existant au sein de la société se reflètent aussi dans le système de santé. Un enseignant d'une haute école qui a de la facilité à s'exprimer pourra plus facilement influencer le traitement selon ses besoins et ses préférences qu'une femme croate employée comme nettoyeuse et qui ne maîtrise pas très bien le français.

Le système de santé suisse ne semble pas renforcer encore davantage la discrimination, c'est-à-dire qu'il ne contient pour l'instant pas de mécanismes qui auraient pour effet d'aggraver les disparités sociales. Ainsi, une nettoyeuse et un manager de marketing peuvent s'attendre tous les deux à bénéficier de traitements médicaux et thérapeutiques de même bonne (ou parfois de même mauvaise) qualité lors d'un séjour à l'hôpital. Quant aux assurances complémentaires régies par le droit privé et qui ne sont pas réglementées par la LAMal, elles concernent surtout les aspects hôteliers et ne doivent pas créer des différences significatives au niveau de la prise en charge médicale. Le seul aspect qui viole le

principe de l'égalité de traitement est la possibilité offerte par les assurances complémentaires de pouvoir choisir un médecin agréé pour une intervention/opération.

Bref, en Suisse, il n'existe pas pour l'instant de médecine à deux vitesses. Dans le discours sur la politique de la santé, il est très important de mettre en évidence cet acquis social. Pour cette raison, il est délicat de vouloir comparer les défauts sociaux actuels du système de santé avec les effets d'une médecine à deux vitesses. Une telle comparaison pourrait en effet contribuer à affaiblir la résistance face aux projets de démantèlement. Les déclarations de la conseillère d'Etat zurichoise Verena Diener en sont un exemple: en affirmant que la Suisse a déjà une médecine à deux vitesses, elle entend justifier ses mesures d'économies et de démantèlement, qui auront pour conséquence que les patient-e-s bénéficiant „seulement“ de l'assurance de base seront moins bien traités que les patient-e-s ayant conclu une assurance privée.

... mais qui présente des lacunes au niveau de la mise en pratique et qui est financé de manière antisociale

Depuis bientôt dix ans, les majorités bourgeoises des Chambres fédérales retardent l'application d'un point important de la LAMal. Ce point, c'est le financement des soins. En effet, la LAMal garantit un financement global de toute forme de soins par les caisses, non seulement dans le domaine des soins aigus (hôpitaux), mais également dans le domaine des soins à long terme. C'est pourquoi les établissements médico-sociaux ont été chargés au milieu des années 1990 de différencier clairement dans leur comptabilité les coûts des soins et les coûts hôteliers, afin de pouvoir créer une base de données permettant un remboursement par les caisses maladie. Au cours de ce processus, il est apparu que les coûts des soins étaient nettement plus élevés que prévu initialement. C'est la raison pour laquelle le Parlement a plusieurs fois prolongé la réglementation transitoire, selon laquelle les caisses doivent uniquement rembourser 20% des coûts pour les soins à long terme.

Cependant, le fait de vouloir laisser les caisses maladie couvrir un nombre aussi élevé que possible de prestations est une question explosive sur le plan de la politique sociale. Car le plus gros défaut du système de santé helvétique est que les caisses prélèvent des primes par tête, dont le montant dépend uniquement du lieu de résidence et de la caisse choisie et non du revenu ou de la fortune.

Ce système de prime par tête est unique en Europe. Aucun autre pays ne finance son système de santé de manière aussi antisociale que la Suisse. Dans tous les autres pays, le financement du système de santé est assuré par des pour cent de salaires (les personnes dont le salaire est élevé paient davantage) ou par les recettes fiscales. Le financement antisocial pratiqué en Suisse a été critiqué comme une lacune par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et a pour conséquence que la Suisse figure seulement au vingtième rang du classement international des systèmes de santé (4).

Une „explosion des coûts“ qui n'a jamais eu lieu

La situation en matière de politique de santé se présente donc comme suit: des prestations de services dans une large mesure de nature sociale mais financées de manière antisociale sont sous le feu des critiques de la droite, qui vise à ouvrir le système à des prestataires orientés vers le profit. A cet égard, la question des coûts devient centrale et l'on prétend que davantage de marché contribuera de manière décisive à la maîtrise des coûts. La comparaison avec le système de santé des Etats-unis démontre qu'il n'en est rien.

Cette prétendue „explosion des coûts“ n'a jamais eu lieu. La croissance des dépenses liées à la santé s'est élevée en Suisse, entre 1990 et 2001, à 2,4% en moyenne et a été ainsi nettement inférieure à l'augmentation moyenne dans les pays de l'OCDE (les trente pays les plus industrialisés), qui affichait 3,4%. Et pourtant, les coûts de la santé par rapport au Produit intérieur brut (PIB) se sont élevés entre-temps à plus de 11%, ce qui place la Suisse au deuxième rang, derrière les Etats-Unis (nettement au-dessus de 14%) et juste avant l'Allemagne. Cela est exclusivement dû au fait que la croissance du PIB, durant cette période problématique, n'a jamais été aussi basse dans aucun autre Etat de l'OCDE que dans notre pays, qui accuse une moyenne annuelle de seulement 0,2% entre 1990 et 2001 (5).

En vérité, c'est un tout autre paramètre, très important pour les citoyennes et citoyens, qui a „explosé“: les primes des caisses maladie. Elles sont surtout devenues incontrôlables dans les années 1995 à 1999 et ce n'est qu'au moment de cette explosion des primes que l'on a eu l'impression d'avoir une explosion des coûts. Or, la différence entre explosion des primes et des coûts n'est que rarement faite, car l'impression d'une explosion des coûts fournit la justification nécessaire aux objectifs politiques en matière d'économie et de privatisation. Cette apparente explosion des dépenses constitue tout bonnement l'argument principal grâce auquel la droite fonde ses propositions de réforme.

La différence est pourtant énorme. Dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne, par exemple, entre 1995 et 1999, les primes des caisses maladie ont augmenté d'environ 80% tandis que les prestations n'ont progressé que de quelque 20%. Les chiffres sont similaires pour le canton de Zurich: augmentation des primes à raison de 70% et croissance des prestations de seulement 20% (6).

D'où proviennent alors ces différences?

La raison réside dans la manière avec laquelle la LAMal règle la question de la réduction des primes. Avant l'introduction de la nouvelle loi, la Confédération versait des montants substantiels directement aux caisses afin qu'elles réduisent les primes. Avec la LAMal, elle s'est retirée de cette tâche pour moitié. En effet, la nouvelle réglementation stipule que les cantons définissent le montant des réductions et doivent, à cet effet, prendre en charge la moitié du financement. Dans la foulée des mesures d'austérité qui sévissaient un peu partout, les cantons ont versé nettement moins de subsides destinés à la réduction des primes que ce qui est prévu par le législateur. Ils préfèrent renoncer aux 50% versés par la Confédération afin de ne devoir dépenser que le strict minimum. Et ce sont les

payeurs de primes qui paient les pots cassés! Bref, l'attitude des cantons a mené à une baisse massive des subsides fédéraux, raison pour laquelle les primes ont pris l'ascenseur.

Une discussion erronée sur les „générateurs de coûts“

Comment en arrive-t-on alors à des augmentations de coûts dans le secteur de la santé, que l'on peut constater en Suisse aussi, même si elles sont plus faibles que dans d'autres pays et, surtout, nettement plus limitées que ce que prétend la droite?

Deux raisons sont régulièrement évoquées à ce sujet:

1. Etant donné que la médecine fait continuellement des progrès techniques et pharmaceutiques, de plus en plus de maladies sont curables, mais cela provoque une augmentation massive des coûts. C'est la médecine de pointe qui en est la responsable principale. Or, cette argumentation ne tient pas compte du fait que de nombreux progrès techniques ont mené à des économies substantielles – ce qui sera le cas à l'avenir également. Prenons par exemple les dites „techniques d'opération non invasives“: la microtechnologie ainsi que la technique au laser permettent de procéder à des opérations sans devoir recourir au préalable à des incisions importantes. Ce faisant, non seulement les risques sont réduits durant l'opération, mais également les frais. Et c'est ainsi que l'opération de la cataracte (la plus fréquente d'ailleurs) est devenue nettement plus avantageuse ces dernières années grâce à la technique au laser.

2. Notre population vieillit de plus en plus, et avec l'âge, les coûts de santé montent en flèche. Mais cette justification n'est que partiellement vraie. En effet, indépendamment de l'âge absolu, ce sont avant tout les dépenses occasionnées par la dernière année de vie qui font augmenter massivement les coûts. En d'autres termes, ce n'est pas en première ligne l'augmentation de l'âge absolu, mais la croissance des mesures durant la dernière année avant le décès qui occasionnent des coûts plus élevés.

Les politiciennes et politiciens du camp bourgeois veulent nous faire croire que l'augmentation des coûts est inévitable car ni les progrès techniques, ni l'espérance de vie croissante parmi la population ne sont influençables. Par conséquent, l'accès aux prestations médicales devrait être rationné tôt ou tard. Or, les raisons essentielles de la progression des coûts ne résident toutefois pas dans l'évolution technique et démographique en soi, mais dans la gestion de ces phénomènes. D'une part, l'application des nouveautés techniques et la marche à suivre doivent être soigneusement planifiées et de manière appropriée, à défaut de quoi cela mène effectivement à des augmentations de frais qui ne servent à personne, si ce n'est aux producteurs d'appareils et de médicaments onéreux de même qu'à des „opérations de prestige“. Le facteur essentiel des coûts ne réside pas dans la

technique en soi, mais dans son utilisation à but lucratif, voire tout simplement pour le prestige.

D'autre part, ce n'est pas l'espérance de vie croissante qui constitue le problème, mais l'attitude à l'égard de la mort. Il y a effectivement lieu de développer une nouvelle culture. Nous devons „apprendre à mourir“, à cause justement du fait que nous sommes davantage capables de prolonger la vie. Nous, c'est-à-dire les malades, les proches parents, le personnel médical devons relever les défis pour être à même de décider quand les mesures prolongeant la vie sont judicieuses ou non. Nous, et c'est ce qui est difficile, devons être capables de surmonter les insécurités qui en découlent. Un rationnement de prestations médicales rendrait impossible cet apprentissage: en effet, quiconque possède suffisamment d'argent peut se passer de ce rationnement et „acheter“ des prestations de fournisseurs privés. Et toute personne qui se voit refuser une intervention pour des raisons de rationnement serait de facto condamnée à mourir, car elle ne pourrait pas disposer de l'argent nécessaire.

Ce n'est donc pas cette vie que l'on souhaiterait avoir, et encore moins une vie qui rend plus difficile une mort dans la dignité! Dans ce monde, l'on offre aux personnes riches et bien assurées le plus grand nombre possible de mesures de prolongation de la vie, vu que cela est rentable pour les prestataires. On peut facilement observer de tels phénomènes aux Etats-Unis (7). Par contre, pour les personnes à faibles ressources financières, les prestations sont rationnées. Des injustices, des décisions erronées et des situations humiliantes seraient par conséquent inévitables.

Quelle direction donner à la santé publique?

„Rationnements inévitables“ et „davantage de marché dans le domaine de la santé“, voilà ce qui est malheureusement en vogue chez maints journalistes et politicien-ne-s. Or, les deux mesures mènent à l'effet contraire de ce qu'ils/elles entendent faire (ou feignent vouloir faire). En effet, avec de telles recettes, le réseau de santé deviendrait plus cher et, partant, plus antisocial. Quelle direction faudrait-il alors donner à la santé d'un point de vue social? L'agenda de réformes ci-élaboré par le groupe spécialisé de „Réseau de réflexion“ contient, entre autres, un concept en vue d'une direction sociale – et cohérente, dans la mesure du possible – du réseau de santé.

Premièrement, pour ce qui est de ces propositions, il convient de signaler qu'une croissance mesurée des coûts de la santé représente un signe particulièrement positif d'une société et renforce en même temps ses „capacités d'avenir“. En effet, dans quel domaine faudrait-il investir davantage si ce n'est dans la santé psychique et physique de la population? Et c'est précisément le développement continu de la santé publique qui crée les postes de travail absolument nécessaires, des emplois dont nous avons besoin pour que toutes les personnes en âge de travailler puissent participer pleinement à la vie économique.

Deuxièmement: une „direction externe“ parfaite, c'est-à-dire par le biais de directives, positions de force ou incitations financières, n'existe pas. Chacun de

ces mécanismes mène à des dysfonctionnements et entraîne des „abus“. C'est précisément la raison pour laquelle il faut veiller à ce que, dans les réseaux de santé, l'on encourage les dynamiques d'ordre interne, celles qui proviennent directement du travail: la satisfaction que le personnel de la santé éprouve si les opérations sont réussies, ou que le processus de guérison évolue grâce aux bons soins prodigués, ou lorsque les patient-e-s expriment leur reconnaissance, ou encore quand la participation humaine contribue à la guérison et que de nouveaux procédés ont été développés et testés. Par conséquent, les conditions de travail et la répartition des compétences doivent être structurées de manière optimale dans le secteur de la santé. Le personnel doit alors être rémunéré selon des principes équitables et ce, non seulement pour répondre à ses intérêts matériels mais également pour garantir un réseau de santé de haute qualité. Et finalement, dans aucun autre domaine, la recherche du profit n'est aussi déplacée que dans le secteur de la santé.

Bibliographie

Kocher, Gerhard, Willy Oggier (2004): Gesundheitswesen Schweiz 2004 - 2006. Eine aktuelle Übersicht. Bern (2^e édition).

Leu, Robert E., Martin Schellhorn (2004): Auswirkungen des KVG auf die Versicherten: Ausgewählte Resultate (édition abrégée). Berne (NFP 45, Projekt Nr. 4045-059744/1; www.sozialstaat.ch).

Schopper, Doris, Ruth Baumann-Hölzle, Marcel Tanner (éditeur) (2001): Mittelverteilung im schweizerischen Gesundheitswesen. Studie des Schweizerischen Tropeninstitutes und der Dialog Ethik. Bâle.

Friedhoff, Stephanie (2004): Hey Doc, was hab ich heute? Dans: NZZ-Folio, mars.

Notes

1 cf. Kocher/Oggier 2004, 76ff.

2 cf. Leu/Schellhorn 2004, 3.

3 cf. Leu/Schellhorn 2004, 4.

4 cf. Koch/Oggier 2004, 81.

5 cf. Kocher/Oggier 2004, 79.

6 cf. Schopper et al. 2001, 24.

7 cf. Friedhoff 2004.

Un agenda de réformes pour une politique de santé sociale

Réseau de réflexion – Groupe „Politique de la santé“

Remarques préliminaires

L'agenda de réformes ci-dessous a l'ambition d'offrir un cadre de référence présentant une cohérence interne pour une politique de la santé progressiste, sociale et démocratique. Cependant, ses conclusions sont, à coup sûr, loin d'être définitives; cet agenda veut plutôt stimuler la poursuite de la réflexion sur ces questions.

Le présent agenda a été élaboré par le groupe „Politique de la santé“ du Réseau de réflexion („Denknetz“ en allemand). Ce groupe s'est constitué en automne 2004 et s'est fixé pour objectif de définir une politique de la santé qui soit sociale et progressiste, en intégrant dans ses travaux les points de vue d'expert-e-s issus de différents horizons et domaines d'activité. Les membres de ce groupe de réflexion sont engagés à titre personnel dans l'élaboration du présent agenda de réforme; leur participation n'engage d'aucune manière les organisations dont ils sont issus ¹.

14

Le groupe „Politique de la santé“ est partisan d'une collaboration renforcée entre les organisations progressistes en matière de politique de la santé et souhaite, au moyen du présent agenda de réformes, apporter sa contribution à la réalisation de cet objectif. Les projets de révision de la Loi sur l'assurance maladie (LaMal) présentés de manière téméraire par les milieux bourgeois dominants visent un changement de système conduisant à une médecine à deux vitesses et à un renforcement du pouvoir des fournisseurs de prestations et des caisses axés sur le profit. La Suisse entre ainsi dans un débat de fond sur l'avenir de son système de santé.

Qualité de vie et justice sociale

Les conditions de vie et la manière de gérer le quotidien exercent une forte influence sur la santé des personnes: conditions de travail, sources de pollution de l'environnement, qualité et types de nourriture, possibilités de développement personnel et ancrage social sont des facteurs qui jouent un rôle important. La meilleure politique de la santé consiste donc à corriger ou à empêcher des évolutions et comportements qui rendent malades.

Les aspects positifs de la situation actuelle sont le renforcement de l'engagement et des compétences de la population lorsqu'elle aborde sa propre santé, ainsi que la diversité et la qualité croissantes des mesures de préventions sanitaires proposées.

Parallèlement à ces questions, il est possible aujourd'hui d'identifier cinq problématiques relevant du domaine de la santé:

- Le monde du travail exerce une grande pression. Le travail se densifie, le stress s'accroît, le travail sur appel et d'autres formes de travail précaires sont en augmentation, la sécurité de l'emploi diminue, les salaires sont mis sous pression; tous ces facteurs ont des effets négatifs sur la santé. Pourtant, il existe des différences sociales significatives. Les couches sociales qui bénéficient de meilleures situations professionnelles se distinguent en général par une meilleure santé et ont aussi, par exemple, une expérience de vie plus longue.
- Le nombre de personnes qui subissent l'exclusion sociale et qui perdent toute perspective personnelle ou sociale est en nette augmentation, ce qui se répercute également sur leur état de santé.
- Les mauvaises habitudes alimentaires sont à nouveau en augmentation ainsi que la consommation de stupéfiants, notamment au sein de la jeunesse (par exemple, les alco pops).
- De nouvelles épidémies, par exemple le SIDA, le SARS, etc., peuvent mettre en danger la santé de la population.
- La pollution de l'environnement (taux d'ozone et de NOx dans l'air, dégradation de la couche d'ozone et rayons UV provoquant des cancers, etc.) engendre des risques importants pour la santé.

Pour résoudre ces problèmes, la Suisse n'a pas encore mis en place un système cohérent de prévention des risques pour la santé. Les mesures de prévention actuelles relèvent du bricolage et sont, de ce fait, particulièrement exposées à la pression des programmes d'austérité.

Nous nous engageons en faveur d'une politique de la santé étendue, qui accorde à la prévention l'importance qu'elle mérite et qui tient également compte d'autres champs politiques. Il s'agit, entre autres, de la création d'emplois en nombre suffisant et rémunérés de manière correcte, de la garantie de conditions de travail ne mettant pas en danger la santé, du renforcement de la lutte contre les stupéfiants (par l'augmentation des prix, par exemple), d'une intégration nettement meilleure des conseils en alimentation dans les soins médicaux généraux ainsi que de la garantie de disposer de suffisamment de ressources pour éviter des épidémies.

Les réflexions et propositions formulées dans la suite de ce texte se concentrent sur l'organisation du système de santé au sens restreint, c'est-à-dire sur les institutions qui dispensent des soins et sur les dispositions législatives s'y référant. Nous avons fait ce choix en raison du processus de réforme qui est en cours dans ces domaines et qui touche l'orientation fondamentale de la politique de santé de la Suisse.

Nos critères de qualité et nos exigences par rapport au système de santé

L'accès à un bon système de santé fait partie des droits fondamentaux de la personne ². Tous les membres de la société doivent pouvoir bénéficier de façon égalitaire de ce système; il s'agit de l'un des piliers d'une société démocratique dans laquelle toutes les personnes sont égales.

Par conséquent, le système de santé doit remplir les conditions suivantes:

- être organisé de façon à répondre aux besoins des patient-e-s;
- être de haute qualité et viser à offrir les meilleures prestations possibles à toute personne;
- bénéficier d'un financement suffisant et durable;
- être financé selon les critères de l'équité sociale;
- garantir de manière identique à toute personne l'accès au système de soins;
- promouvoir et soutenir l'engagement des personnes employées dans le système de santé;
- développer continuellement le système de santé;
- fournir de manière efficace les prestations du système de santé.

Le système de santé fait partie des tâches publiques et ses prestations sont fournies dans le cadre des services publics. L'Etat garantit que tou-te-s les citoyen-ne-s peuvent bénéficier des prestations du système de santé.

Le système de santé n'est pas un champ approprié pour une approche orientée sur le marché ou le profit. Les prestations du système de santé doivent en premier lieu être organisées en fonction des besoins des patient-e-s et en aucun cas de manière à satisfaire la volonté de faire du bénéfice des prestataires et des assureurs.

Éléments constitutifs du système de santé que nous voulons conserver

Le système de santé suisse comporte une série d'éléments constitutifs de qualité, que nous voulons conserver:

16

- L'assurance obligatoire avec un catalogue de prestations ouvert, couvrant toutes les prestations nécessaires au système de santé. Il convient d'empêcher par tous les moyens la réduction du catalogue des prestations telle que veut l'appliquer le Conseil fédéral (décision de juin 2005) en excluant de ce catalogue les médecines complémentaires.
- Dans le domaine des soins ambulatoires, les assuré-e-s ont une liberté de choix qui contribue à renforcer la confiance entre le personnel médical spécialisé et les patient-e-s.
- Les prestations fournies sont en général de haute qualité et le personnel est bien formé et s'engage dans son travail.
- L'accès aux prestations médicales et de soins nécessaires est garanti pour tout-e-s et la législation veut empêcher l'instauration d'une médecine à deux vitesses.
- Il est important que les meilleurs hôpitaux soient contrôlés et dirigés par les pouvoirs publics; c'est le cas de figure que l'on rencontre très souvent.
- Un financement suffisant est assuré dans la majorité des cas – même si ce financement s'effectue essentiellement par le biais du système des primes par tête, qui est profondément antisocial.

Deux menaces: le capital privé et la politique d'austérité

Les qualités évoquées ci-dessus sont mises sous pression de deux côtés:

- par la politique d'austérité forcée, qui remet en cause les moyens nécessaires à un financement suffisant du système de soins;

- par l'ouverture du système de santé aux capitaux privés, axés sur la recherche de profits, ainsi que par le renforcement des mesures financières incitatives, qui remettent en cause la fourniture correcte des prestations de santé, étant donné que des critères étrangers au système de santé deviennent (plus) importants (que la santé des patient-e-s).

Nous sommes les ennemis déterminés d'un système de santé axé sur la recherche de profits. L'exemple des Etats-Unis montre très clairement qu'un tel système conduit à une augmentation des défaillances au niveau de la fourniture des prestations, à une inégalité croissante et à des coûts nettement plus élevés.

Nous sommes également les ennemis d'une politique d'austérité appliquée au détriment des patient-e-s et du personnel. Certaines forces politiques veulent combiner cette politique d'austérité avec des efforts de privatisation et visent ainsi à établir une médecine à deux vitesses selon le principe: „Pour la population, des hôpitaux publics manquant de moyens financiers et offrant, de ce fait, de mauvaises prestations; pour les riches, des cliniques réputées avec une palette de prestations de pointe (superflues)“.

Réformes nécessaires

Dans les dix domaines ci-dessous, des réformes approfondies sont nécessaires d'urgence.

1. Primes de caisse maladie et assurances maladie

Aucun autre pays de l'OCDE ne connaît un système de financement antisocial comparable à celui de la Suisse. Il faut d'urgence remplacer le système des primes par tête par une assurance sociale qui tienne compte des ressources économiques de la personne, c'est-à-dire de toutes les formes de revenus, de la fortune ainsi que des obligations familiales.

Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (assurance de base), il faut durablement empêcher toute sélection des risques. C'est pourquoi toutes les primes de l'assurance obligatoire doivent être versées dans un pool de financement national; toutes les prestations doivent être fournies par le biais de ce pool. Dans le domaine de l'assurance obligatoire, les caisses maladie doivent fonctionner uniquement comme services de paiement et de conseils. Les caisses peuvent proposer des assurances complémentaires payantes, mais elles doivent, dans ce domaine, travailler comme des organisations à but non lucratif.

2. Planification hospitalière

Les soins aigus (traitements stationnaires) doivent être mieux planifiés. L'orientation axée sur le profit doit être réduite, l'offre de prestations gérée et coordonnée de manière définitive par les pouvoirs publics. Les appareils et infrastructures coûteux relevant du domaine des soins stationnaires ou de celui des traitements ambulatoires doivent être soumis à l'obligation de prouver leur besoin; cette obligation doit s'appliquer tant aux prestataires publics qu'aux prestataires privés. Cette mesure permet de combattre la tendance selon laquelle l'on propose des

méthodes de diagnostics et des traitements rentables dans un cadre privé, tandis que l'on laisse l'Etat s'occuper des traitements et méthodes de réhabilitation compliqués.

Les salaires et les conditions de travail des établissements publics ou subventionnés par les pouvoirs publics doivent être réglés de manière contraignante et il faut garantir des salaires et des conditions de travail correctes.

L'achat de médicaments, de matériel nécessaire et de biens d'investissement et de prestations doit être organisé de manière groupée et rationalisé en passant par des organisations d'achat et de prestation de services.

La Confédération doit garantir que les cantons planifient de manière coordonnée le système hospitalier. Les interventions spécialement coûteuses et/ou rares (médecine de pointe) doivent être centralisées par le biais du concordat intercantonal pour la médecine de pointe. La Confédération doit disposer de moyens appropriés pour pouvoir imposer cette planification.

La Suisse doit être subdivisée en cinq à six zones hospitalières au sein desquelles les patient-e-s peuvent choisir librement leur hôpital, dans la mesure où le permet le système des gatekeepers (cf. point 4 ci-dessous).

3. Un système englobant tous les aspects de la santé

Le système de santé doit devenir un système englobant mieux tous les aspects de la santé, car les nouveautés techniques ne permettent pas à elles seules d'améliorer ce système. Les facteurs „mous“ et la dimension humaine sont tout aussi importants.

La médecine actuelle affiche une tendance à la „surspécialisation“ et au réductionnisme. Cela n'est pas utile à la qualité des traitements pour les patient-e-s et peut générer des coûts inutiles. Il est nécessaire de promouvoir des approches englobant tous les aspects, y compris les aspects psychosomatiques, et il convient de développer la promotion de la santé. La médecine palliative – à savoir les traitements et l'accompagnement pour les patient-e-s souffrant de maladies graves et incurables et dont l'espérance de vie est limitée – doit bénéficier d'une meilleure reconnaissance.

Le système de santé doit être ouvert aux méthodes sérieuses du domaine des médecines complémentaires.

Dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie, il est nécessaire de pouvoir disposer d'une diversité de méthodes; les méthodes reposant sur les analyses statistiques et les thérapies pharmacologiques ne doivent pas être dominantes. Il est urgent d'instaurer une réglementation adaptée de l'admission des psychothérapeutes non médecins.

Il convient également de revaloriser le statut de médecin généraliste (médecin de famille) ainsi que les activités liées aux diagnostics (lors de l'admission des patient-e-s à l'hôpital, par exemple).

Le personnel médical spécialisé doit pouvoir bénéficier de la possibilité de continuer sa formation pour devenir médecin par le biais d'études de médecine adaptées.

4. Système ambulatoire

Une bonne relation médecin-patient est une condition préalable pour un traitement bon et efficace. C'est pourquoi il est indispensable que le/la patient-e puisse choisir librement ses médecins de base (médecins généralistes/internistes, gynécologues, pédiatres et psychiatres). Cela signifie que, pour ces médecins, l'obligation de contracter doit être maintenue s'ils remplissent les conditions suivantes:

- être titulaire d'un diplôme de médecine, suivre régulièrement une formation continue (cela permet d'optimiser les traitements et d'actualiser en permanence les connaissances de „médecine basée sur l'évidence“, et cela se traduit par des économies);
- connaissances/cours en économie de la santé, gestion d'un cabinet médical, informatique (mesures favorables à la prise de conscience des coûts et à la gestion efficace du cabinet);
- activités dans le cadre d'un cabinet regroupant plusieurs médecins ou disposition de la personne à collaborer dans le cadre d'un réseau structuré; nous pouvons parler d'un réseau structuré lorsque un échange ainsi qu'une collaboration ont régulièrement lieu entre spécialistes.

Par principe, l'accès aux médecins spécialistes ainsi qu'aux hôpitaux dans le cadre de l'assurance obligatoire ne doit être possible qu'en passant par un fournisseur de prestations de base (gatekeeper). Ce dernier collabore au sein de réseaux avec des médecins spécialistes et des hôpitaux. Tous les médecins qui travaillent dans le cadre d'un réseau ont droit à un contrat avec la caisse maladie, dans la mesure où ils remplissent les conditions énoncées ci-dessus.

Il faut rejeter le fait que l'on établisse un lien entre des modèles de santé de type Managed Care et des responsabilités budgétaires. Ce lien comporte souvent le danger que le réseau soit mis financièrement sous pression et qu'un rationnement caché mais non intentionnel ait lieu, en raison de traitements plus coûteux que la moyenne mais néanmoins judicieux du point de vue médical. Cette contrainte liée au système et qui vise à „éviter des prestations“ – les systèmes de santé analogues au nôtre que l'on peut observer dans les pays voisins ainsi qu'aux Etats-Unis nous en fournissent des exemples – va clairement à l'encontre de la volonté de promouvoir des modèles de santé de type Managed Care, étant donné que cette contrainte donne inévitablement aux réseaux la réputation d'offrir des traitements de moindre qualité.

Notre modèle garantit une organisation uniforme du système ambulatoire et permet simultanément une diversité d'orientations méthodologiques de la part des fournisseurs de prestations. Il renforce la position des médecins généralistes et aide à intégrer les médecins spécialistes de manière ciblée. Le gatekeeper identifie et empêche les examens inutilement effectués à double. La création d'un réseau favorise l'échange régulier d'informations ainsi que l'existence d'un système de soins basé sur une approche globale de la personne. Le libre choix du médecin (homme/femme) est maintenu. Il est prévu que les personnes désirant aller consulter un médecin spécialiste puissent organiser cela d'entente avec leur médecin de famille.

5. *Création et garantie d'un réseau de soins intégré*

Actuellement, les chaînes de soins (c'est surtout le cas pour les personnes souffrant de maladies chroniques ou multiples) ne sont pas suffisamment intégrées. En effet, le même examen médical est parfois répété x fois, les informations ne sont pas échangées et les thérapies manquent de coordination.

Une mesure pour créer et garantir un réseau de soins intégré est le principe du gatekeeper (voir point 4 ci-dessus).

Il est tout aussi important de mettre en place des interfaces entre les institutions qui soient acceptées par tout le monde, d'optimiser continuellement les processus de traitement et de les standardiser dans la mesure requise. Dans ce cadre, les grands fournisseurs de prestations (hôpitaux, cliniques de réhabilitation, aide et soins à domicile, établissements médicaux) doivent ajuster en permanence et réciproquement leurs interfaces et leurs processus de traitements.

6. *Garantie de la qualité*

La gestion de la qualité doit être établie sous forme d'un processus permanent dans tous les domaines du système de santé et doit aller de pair avec un renforcement du rôle des patient-e-s.

En outre, l'Etat vérifie régulièrement, à l'aide de saisies de données appropriées, la qualité des prestations et des méthodes appliquées. Il peut obliger les fournisseurs à publier une série d'indicateurs choisis (par exemple, réopérations et réhospitalisations non planifiées, taux d'erreurs de médication, etc.). L'on tiendra compte des critères de qualité lors de décisions concernant les exigences posées aux fournisseurs de prestations et leur admission.

Les droits des patient-e-s occupent une place centrale, c'est-à-dire le droit de pouvoir consulter intégralement les dossiers personnels, le droit de clarifier entièrement les diagnostics et les traitements proposés, le droit de conserver la souveraineté de décision et le droit à la protection nécessaire en cas d'erreurs de diagnostic ou de traitement. La Confédération doit renforcer les organisations de patient-e-s d'après le modèle néerlandais et financer sa coordination.

Pour assurer la qualité, des instances étatiques de plainte et d'appel seront mises sur pied et composées de manière tripartite (fournisseurs de prestations, organisations du personnel, associations de patient-e-s). Ces instances doivent pouvoir disposer des compétences requises en matière de sanctions et d'exclusion.

Le domaine de la protection des données demande une attention toute particulière: la protection intégrale de données personnelles de santé doit être continuellement garantie afin de pouvoir exclure toute forme de discrimination sur la base de l'état de santé de la personne concernée.

7. *Systèmes de rétribution*

Le système de rétribution parfait n'existe pas. En effet, la facturation en fonction du travail accompli incite à fournir des prestations inutiles, par exemple garder

les patient-e-s plus longtemps à l'hôpital que nécessaire. Les budgets globaux et les forfaits par cas (c'est-à-dire un forfait fixe par diagnostic, indépendamment du travail effectif), quant à eux, engendrent à leur tour un danger: afin d'épargner des coûts, les patient-e-s sont pris en charge de la manière la plus économe possible et doivent quitter l'établissement le plus tôt possible – parfois trop vite! Concernant les forfaits par cas, l'on pourrait aussi être tenté de réaliser les gains les plus élevés possibles au moyen de diagnostics „appropriés“.

Il est d'autant plus important de mettre un frein à la poursuite de ces objectifs purement lucratifs et, simultanément, de garantir le financement des soins, à défaut de quoi les aspects négatifs d'un système de remboursement n'en seraient qu'aggravés. Il s'agit notamment d'exclure du financement par les caisses ou par les pouvoirs publics les fournisseurs de prestations (hôpitaux, cliniques, HMO, etc.) qui font partie d'une entreprise cotée en bourse. En effet, les entreprises cotées en bourse sont exposées sans limites aux pressions des marchés financiers, c'est-à-dire à la pression de la maximisation des profits.

Le financement des soins stationnaires doit être structuré de façon à ce qu'il soit possible de gérer les activités en fonction d'une planification hospitalière. En d'autres termes, les établissements sont rétribués pour les prestations pour lesquelles ils sont mandatés. L'engagement optimal des moyens doit être surveillé au moyen d'un système de controlling et de benchmarking (DRG) axé sur les diagnostics.

Quant au domaine ambulatoire, le système Tarmed doit être perfectionné de telle manière que les coûts occasionnés par les médecins spécialisés soient effectivement contrôlés.

Des mécanismes incitatifs néfastes peuvent apparaître aux interfaces de systèmes de soins soumis à différents modes de financement et de tarification (par exemple, aide et soins à domicile, établissements médicaux sociaux). Exemple: lorsque les caisses maladie versent des contributions plus élevées aux prestations de l'aide et des soins à domicile qu'à celles des soins de longue durée, elles ont un intérêt financier à diriger les patient-e-s aussi rapidement que possible vers des homes. Il s'agit d'éviter ou de supprimer ce type d'effet incitatif.

8. Financement des soins de longue durée

Les soins de longue durée sont une tâche sociale et doivent être financés par les impôts et les prestations d'assurance – comme toutes les autres prestations médicales.

Nous soutenons un système de facturation des patient-e-s qui soit uniforme pour toute de la Suisse. Ce système doit être aménagé de sorte à ce que la prise en charge de patients confrontés à des problèmes psychiques puisse mieux être saisie et puisse être facturée de manière appropriée. Cela permet d'éviter que des personnes ayant ces problèmes et nécessitant des soins soient transférés de manière précipitée dans une clinique psychiatrique, étant donné que leur prise en charge dans un home ne pourrait être financée. En effet, très souvent, un

séjour en home est plus adapté à la situation de ces personnes qu'un séjour en clinique psychiatrique; de plus, un séjour en home est moins coûteux.

Afin de renforcer le financement des soins de longue durée, la Confédération doit prélever un impôt sur la succession, dont les recettes sont affectées au financement de ces soins. Un tel impôt permet de maintenir les petits et moyens héritages de personnes nécessitant des soins et dont la fortune est aujourd'hui rapidement épuisée par les frais de soins.

9. *Industrie pharmaceutique et médicaments*

Une industrie pharmaceutique de plus en plus puissante et parfois parasitaire influence régulièrement l'approvisionnement médical, ce qui est problématique tant au niveau des coûts que de la qualité.

A cet égard, nous demandons la promotion systématique des génériques de même que l'autorisation d'importations parallèles. L'introduction onéreuse sur le marché – aux dépens de l'assurance maladie – desdits „me-too-drugs“, qui ne présentent pas vraiment d'innovation par rapport aux produits déjà disponibles, doit être combattue par des moyens appropriés. Des études cliniques pour tester les médicaments doivent être entreprises sous surveillance publique. Et, finalement, il s'agit à la fois de rendre transparente et de limiter l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les recherches universitaires et la formation des médecins.

22

Nous exigeons une politique des „brevets pharmaceutiques ouverts“. La notion de „brevets ouverts“ se calque sur le concept des „open source software“ existant en informatique. Quiconque dépose un brevet „ouvert“ permet à chacun-e d'utiliser de manière illimitée les substances brevetées; toutefois, il oblige toutes les utilisatrices et utilisateurs de mettre à disposition les expériences et développements ultérieurs en qualité de „brevets ouverts“.

Rappelons que la Suisse s'est longtemps opposée au dépôt de brevets pour des substances chimiques et que ce n'est qu'en 1976 qu'elle a introduit la protection des substances. La raison de cette attitude était que cela permettait à l'industrie chimique suisse de conserver la possibilité de copier des substances et des procédés qui ont fait leur preuve.

Nous visons à faire effectuer une étude de faisabilité pour évaluer la possibilité de mettre sur pied un groupement de sociétés pharmaceutiques de droit public. La constitution d'un tel groupement aurait pour objectif de diminuer la dépendance du système de santé par rapport aux multinationales pharmaceutiques. Ce groupement aurait pour tâche de développer des substances et des médicaments en étroite collaboration avec des universités, instituts de recherche et sociétés qui s'engagent à pratiquer une politique des „brevets ouverts“ (par exemple, des firmes établies dans les pays émergents et en voie de développement), tout en respectant les besoins des populations des pays pauvres, en favorisant la recherche combinée et intégrée de la médecine alternative et de la médecine traditionnelle et en produisant et commercialisant des génériques sélectionnés.

La Suisse doit enfin créer une assurance d'indemnités journalières obligatoire permettant de couvrir les pertes de salaire en cas de maladie. Cette mesure est également dans l'intérêt de la détection précoce des cas risquant de déboucher sur une invalidité.

Une coalition de réforme progressiste

La plupart des propositions du Conseil fédéral concernant la révision de la LAMal vont à l'encontre des buts visés par notre agenda de réformes. C'est la raison pour laquelle nous invitons toutes les forces progressistes en matière de politique sociale à se regrouper afin de constituer une coalition pour des réformes et à s'engager avec persévérance et efficacité en faveur d'un système de santé social. Nous serions heureux/-euses que notre agenda de réformes puisse servir de document de référence pour atteindre cet objectif.

Notes

¹ Le groupe „Politique de la santé“ est composé des personnes suivantes: Rosmarie Glauser, secrétaire dirigeante ASMAC Berne (Association suisse des médecins-assistant-e-s et chef-fe-s de clinique); Oliver Peters, collaborateur personnel du Chef du Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud; Renate Eichenberger, présidente ASGRMC (Association professionnelle suisse des soins en gériatrie, réadaptation et aux malades chroniques); Beat Ringger, secrétaire central ssp (Syndicat suisse des services publics) et secrétaire du Réseau de réflexion; Ruedi Spöndlin, rédacteur de la revue Soziale Medizin; Elsbeth Wandeler, cheffe du secteur politique professionnelle ASI Suisse (Association suisse des infirmières et infirmiers); Erika Ziltener, directrice de l'association Patientenstelle, Zurich.

² Article 25, alinéa 1, de la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU du 10 décembre 1948: „Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.“

Le système de santé aux Etats-Unis: un cauchemar sans fin ?

Beat Ringger

Les **politicien-ne-s bourgeois** en charge de la santé réclament une refonte en profondeur du système de santé suisse. Bon nombre de recettes prônées sont inspirées des Etats-Unis: marché et concurrence, Managed Care, HMO (réseaux ambulatoires privés), assureurs maladie au pouvoir accru, accès illimité pour les prestataires orientés vers le profit. Or, dans notre pays, le système de santé des Etats-Unis et son évolution sont assez mal connus. La situation y est non seulement dure pour les personnes socialement défavorisées, mais elle pèse de plus en plus sur l'ensemble de la société. En effet, parallèlement à la dégradation progressive de la couverture sanitaire des couches plus pauvres de la population, les coûts ne sont plus maîtrisés.

Ce qui est devenu réalité aux Etats-Unis est le rêve des milieux bourgeois helvétiques. Dans une interview accordée au quotidien *Tages-Anzeiger* début 2005, Christoph Blocher expliquait ainsi qu'il souhaiterait tout bonnement supprimer l'assurance maladie obligatoire – comme c'est déjà le cas aux Etats-Unis, où il n'existe plus d'assurance obligatoire, d'où le fait que 16% de la population (45 millions de personnes) vit sans couverture. Cette situation entraîne bien sûr des conséquences graves pour les personnes concernées.

24

Conséquences d'un défaut de couverture d'assurance

En général, les personnes ne sont assurées aux Etats-Unis que si elles disposent d'un rapport de travail fixe. Les primes pour la conclusion d'une police d'assurance individuelle sont ainsi nettement plus élevées que celles pour une couverture collective contractée par une entreprise. Résultat des courses: tout-e assuré-e qui perd son emploi perd aussi souvent la couverture d'assurance car il/elle ne peut pas se permettre de verser des primes plus élevées.

Comme c'est le cas, par exemple, de Harold Kilpatrick de Dyersburg, Etat du Tennessee. Souffrant de schizophrénie, ce jeune homme de 26 ans a perdu son travail chez FedEx, à la suite de quoi on lui a refusé tout traitement et le programme de soutien médical „Tennicare“ (application locale du programme national „Medicare“) ne lui a pas accordé le soutien financier nécessaire. L'état de santé de Kilpatrick s'est détérioré et, le 17 septembre 2003, il a pris en otage un groupe d'étudiants du collège Dyersburg State Community. Après avoir blessé deux personnes, il a été abattu par la police¹.

Ou l'histoire de Nick Might, 25 ans. Might souffre de neurofibromatose, une maladie héréditaire qui entraîne des tumeurs dans tout le corps et sur la peau. Lui aussi a perdu son emploi et, par conséquent, la couverture d'assurance. Célibataire et sans enfants, il ne disposait d'aucun droit à une prise en charge par l'Etat et devait payer lui-même toutes les factures du médecin, raison pour laquelle il a cumulé une dette de 20 000 dollars en l'espace de quelques mois. Might a dû

changer de numéro de téléphone pour tenir à distance diverses sociétés de poursuites...

Les chiffres d'un sondage régulièrement réalisé auprès de la population américaine concernant les aspects financiers de l'approvisionnement médical – ledit „Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey“ – révèlent cette situation désastreuse. A en croire cette enquête, 37% de tou-te-s les adultes entre 19 et 64 ans ont indiqué en 2003 que, pour des raisons de coûts, ils/elles avaient des difficultés à se procurer la couverture médicale dont ils/elles auraient besoin. Cette part a augmenté de 8 points depuis 2001.

La détérioration de la situation touche surtout les couches de population les plus défavorisées. En effet, plus de la moitié (52%) des adultes entre 19 et 64 ans qui vivent dans un ménage dont le revenu est inférieur à 20 000 dollars ne disposaient, en 2003, d'aucune couverture d'assurance durant un certain temps. Ce manque de protection est encore aggravé par une pratique de plus en plus exercée par les hôpitaux, à savoir que les non-assuré-e-s sont taxés plus fortement que les assuré-e-s! Or, les assurances ne remboursent que les prix fixés dans le contrat et les personnes sans couverture ne peuvent pas se défendre contre des prix surfaits.

Rien d'étonnant donc que 41% de tou-te-s les adultes indiquent qu'ils/elles ont des difficultés à régler les factures d'hôpital et de médecin. 18% ont épuisé leur fortune pour les factures médicales et 8,2% sont obligés de s'endetter. Et 11% des personnes avouent qu'en raison des charges médicales, elles ne sont plus capables de subvenir aux frais élémentaires couvrant nourriture, logement ou chauffage ². En résumé, ce système de santé antisocial entraîne un nombre croissant d'Américain-e-s dans une grande pauvreté.

25

Orientation vers le profit: une entreprise coûteuse...

Ces chiffres et destins contrastent de manière choquante avec les salaires des cadres de compagnies d'assurance. En effet, le salaire moyen des PDG des douze plus grandes sociétés d'assurance maladie américaines se monte à 15,2 millions de dollars, ce qui revient à plus de 66 000 dollars par journée de travail (Graef Crystal, expert Bloomberg concernant „Executive Pay“, 8.10.04, site Bloomberg).

Nulle part ailleurs dans le monde la part des prestataires de santé orientés vers le profit est aussi élevée qu'aux Etats-Unis. Les entreprises à but lucratif dominent le secteur des EMS, des cliniques psychiatriques et de réhabilitation, les HMO et les centres de dialyse. Et déjà 13% des hôpitaux pour soins aigus ont passé sous le contrôle d'investisseurs privés ³.

Le marché est garant d'efficacité, selon le dogme néolibéral. Mais la réalité ne se conforme pas à ce dogme. En effet, les cliniques contrôlées par des investisseurs optimisent le profit, pas les coûts! Bien que des hôpitaux orientés vers le profit économisent fréquemment sur les salaires du personnel, leurs prestations sont beaucoup plus chères que celles d'établissements similaires sans but lucratif. Une étude comparative datant de 2004 ⁴ arrive ainsi à la conclusion que les

établissements hospitaliers tournés vers le profit facturent 19,95% plus de frais pour leurs prestations que ceux sans but lucratif. Il en résulte également des facturations souvent erronées et les jugements pour gestion déloyale ne sont pas rares. La plus importante entreprise hospitalière, Columbia/HCA, a ainsi dû verser 1,7 milliards de dollars d'amende et d'arriérés pour des factures dépassant le montant officiel, des multiplications de factures pour la même prestation, voire de faux diagnostics; la deuxième en importance, Tenet, a versé 700 millions de dollars pour des actions frauduleuses comparables ⁵.

La non-transparence d'un système de santé déréglementé fait également exploser les frais administratifs: aux Etats-Unis, en 2003, ils se montaient à 399,4 milliards de dollars (calculés sur 1660,5 milliards de dollars de coûts de santé au total), ce qui revient à 24% des frais totaux.

Cette part dépasse de deux fois celle du Canada ⁶. Ces chiffres se répercutent inévitablement sur les comptes généraux et, partant, sur l'économie nationale. Ainsi, la part qu'occupent les coûts de la santé dans le Produit intérieur brut (PIB) n'est nulle part aussi élevée qu'aux Etats-Unis: 14,6% en 2002 (la Suisse se place en deuxième position avec 11,2%).

Managed Care et HMO: bilan négatif

Aux Etats-Unis, l'importance des HMO a pris de l'ampleur: si, en 1985, seule 7% de la population était affiliée à un HMO, il s'agit maintenant d'un tiers (Sullivan 2003).

Le principe d'un HMO est de relier assurance et prestation fournie: il offre des palettes de prestations basées sur les primes, des prestations qu'il fournit lui-même ou par le biais de sociétés contractuelles. Deux tiers de tous les HMO travaillent à but lucratif.

Les investisseurs orientés vers les profits n'ont en fait rien à voir avec les besoins essentiels de la santé publique. Plusieurs assureurs maladie des Etats-Unis – ils font partie des plus grands propriétaires de HMO – investissent parallèlement dans l'industrie du tabac! Et cela a des conséquences: Cigma, le plus important HMO des Etats-Unis, a informé régulièrement ses membres du tabagisme en minimisant ses répercussions. Ces „informations“ étaient fournies d'entente avec Philip Morris. Cigma détient des actions de Philip Morris pour une valeur de 38,6 millions de dollars ⁷.

Vers la fin des années 1980, le système de santé américain a connu un taux de croissance des coûts à deux chiffres. L'encouragement des HMO a été présenté, dans le meilleur des cas, comme le moyen le plus sûr pour freiner ces coûts. Or, la progression de ces derniers a certes été ralentie, mais cela s'est fait aux dépens de la qualité du réseau des soins. En 1996 déjà, la majorité des citoyen-ne-s Américain-e-s refusait les HMO, mais beaucoup d'entre eux/elles n'ont pas eu la possibilité de changer pour revenir chez leur médecin privé car, de par leur contrat d'assurance, ils/elles dépendent d'un HMO.

La baisse de la qualité des prestations n'est pas seulement constatée par les personnes concernées, elle est aussi confirmée par les statistiques. Il ressort

ainsi d'une étude réalisée sur une longue période („Rand Health Insurance Experiment“) que les patient-e-s malades ayant un revenu modeste doivent s'attendre à un risque de décès de 21% plus élevé dans un HMO que s'ils/elles étaient pris en charge par un médecin exerçant en cabinet privé.

Dans l'intervalle toutefois, les grands HMO ont consolidé leur position, voire même atteint un quasi monopole, les coûts de la santé reprenant par conséquent l'ascenseur.

Pour toutes ces raisons, ce ne sont de loin pas seulement les critiques de gauche qui tirent un bilan négatif. En janvier 1999, le Wall Street Journal se pose la question: „Si le système de Managed Care est incapable de contrôler les coûts, alors quel avenir mérite-t-il?“ Le critique le plus renommé des HMO s'appelle d'ailleurs Paul Ellwood, réputé pour le fait qu'il était l'inventeur de ces réseaux (encore sous l'administration Nixon dans les années 1970). Or, en mai 1999, il a qualifié la qualité des HMO de „honte nationale“ après l'avoir appris à ses dépens: il a pu éviter une paraplégie uniquement parce que il s'est défendu régulièrement contre les prescriptions catastrophiques des médecins et du personnel soignant au sein d'un HMO.

La crise s'accroît

Un économiste en matière de santé, l'américain Stephen Heffler ⁸, estime que les coûts de la santé aux Etats-Unis augmenteront ces prochaines années de 7,3% et qu'ils s'élèveront à 17,7% du PIB en 2012 ⁹.

En même temps, la situation se détériore pour de larges couches de la population américaine.

En principe, les employé-e-s aux Etats-Unis sont assurés par leurs employeurs contre la maladie et les accidents, et les sociétés proposent aussi des couvertures complémentaires pour toute la famille. Néanmoins, ces assurances sont facultatives et, comme les primes ont augmenté durant les quatre dernières années de 10% ou plus annuellement, des détériorations de prestations et des répercussions de coûts en sont les conséquences. De plus en plus d'employeurs augmentent les cotisations d'assurance que les salarié-e-s doivent verser eux/elles-mêmes; en outre, ils rendent difficile l'accès à l'assurance en question (temps d'attente suivant l'engagement dans la société, aucune couverture pour les employé-e-s travaillant à temps partiel), ou alors ils suppriment simplement toute assurance. Selon la „Labor Research Association“, pour la première fois depuis quatre décennies, en 2003, seule une minorité d'employé-e-s (45%) est encore assurée contre la maladie dans l'économie privée (52% en 2000); pour les personnes travaillant à temps complet, cette part a passé de 76% en 1990 à 56% en 2003 („Labor Research Association“, 2004).

La fin de cette involution n'est pas prévisible. La „National Coalition on Health Care“ – une grande organisation faitière dont les ex-présidents Bush, Carter et Ford sont les présidents d'honneur – part du principe que la prime familiale moyenne croîtra jusqu'à 14 500 dollars et qu'elle aura augmenté de plus de 5000 dollars en l'espace de trois ans. Cette organisation craint donc que le nombre de

non-assuré-e-s passera d'environ 51 millions à environ 54 millions de personnes d'ici à 2006.

Les coûts ayant pris l'ascenseur, la part de l'Etat dans le financement des coûts de la santé a également fortement augmenté pour se situer à l'heure actuelle à 60%. Les programmes de financement fédéraux (Medicaid et Medicare, programmes de soutien pour vétérans de guerre et enfants) y prennent une part essentielle. Or, le gouvernement de Bush veut désormais baisser les prestations de ces programmes d'Etat.

Une issue de cette crise n'est pas en vue à terme. Depuis que l'administration Clinton a échoué avec son programme global de réforme en 1994 en raison de l'opposition des lobbys économiques et des Républicains, plus aucune réforme significative n'a été inscrite dans l'agenda du gouvernement en fonction.

L'exemple des Etats-Unis montre la nécessité d'une assurance obligatoire et l'importance d'empêcher avec force une orientation orientée vers le profit dans le secteur de la santé, si nous ne voulons pas une „américanisation“ du système de santé en Suisse, ce qui est le but visé par les politiciennes et politiciens de droite en charge de la santé, car le „méga marché“ est tellement alléchant! La plupart des projets de révision concernant la LAMal (financement des hôpitaux, Managed Care, participation aux frais, financement des soins) pourraient, en cas d'application, les soutenir dans la réalisation de leurs objectifs.

Notes

1 Colson Nicole (2003), „U.S. health care system in crisis“, in *Socialist Worker Online*, 17.10. www.socialistworker.org/2003-2/472/472_06_Healthcare.shtml

2 Collins Sara et al. (2004), „The Affordability Crisis in U.S. Health Care Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey“, www.cmf.org/usr_doc/collins_biennial2003_723.pdf

3 Himmelstein David, Steffie Woolhandler (2004), „Mayhem in the Medical Marketplace. Physicians for a National Health Program“, in *Monthly Review*, décembre.

4 Devereaux P.J. et al. (2004), „Payments for care at private for-profit and private not-for profit hospitals: a systematic review and meta-analysis“, in *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, 8 juin, pp. 1817-1824.

5 Sullivan Kip (2003), *The Health Care Mess. Physicians for a National Health Program*.

6 Himmelstein David, Steffie Woolhandler, Sidney M. Wolfe (2003), „Healthcare Bureaucracy: US vs. Canada. Connecticut Coalition for Universal Health Care“, http://cthealth.server101.com/healthcare_bureaucracy_u_s_vs_canada.htm

7 Himmelstein David, Steffie Woolhandler, Ida Hellander (2001), *Bleeding the Patient. The Consequences of Corporate Health Care*, Philadelphia.

8 Heffler Stephen et al. (2004), „Health Spending Projections For 2002...2012“, in *Health Affairs*, 11 février, pp.79-93, <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4.79v1>

9 Il convient de préciser que l'économie des Etats-Unis affiche des taux de croissance nettement plus élevés que l'économie suisse. Les coûts du système de santé en Suisse ont augmenté en moyenne de 2,5% par année durant la période de 1990 à 2001 alors que la croissance a été de seulement 0,2%. C'est donc essentiellement pour cette raison que la part de la santé publique dans le PIB a fortement augmenté en Suisse.

Autres références bibliographiques

Jonas Steven (2003), An Introduction to the US Health Care System, New York.

Labor Research Association (2004), The Employer Based Health Care System is in Crisis.

Lazarus David (2004), „Health care s reality“, in San Francisco Chronicle, 10 septembre.

Systeme de santé aux Etats-Unis: mots et chiffres clé

- Les Etats-Unis ne connaissent pas d'obligation de s'assurer. 16% de la population (2003) n'est ainsi pas au bénéfice d'une couverture d'assurance.
- La majorité de la population est affiliée à une assurance maladie par le biais de son emploi, ce qui représente un élément de salaire indirect usuel, mais pas prévu dans la loi. Toute la famille de l'employé-e peut être coassurée moyennant une prime avantageuse de l'employeur.
- Le système de santé des Etats-Unis est de loin le plus coûteux du monde. Malgré les forts taux de croissance de l'économie américaine (tout le contraire de la situation en Suisse), la part au PIB de la santé publique augmente continuellement et s'élevait à 14,6% en 2002 (Suisse: 11,2%).
- Dans l'ensemble, les prestations sont de qualité moyenne et distribuées de manière particulièrement antisociale. En outre, l'état de santé de la population américaine est loin d'être réjouissant: l'espérance de vie en 1999 était de 73,9 ans (Suisse: 77,0) pour les hommes et de 79,4 ans (Suisse: 82,8) pour les femmes.
- Etant donné que le système de santé des Etats-Unis n'est guère réglementé, les problèmes d'interface sont énormes et les frais administratifs par conséquent très élevés (24% de toutes les dépenses). En plus, le système n'est pratiquement plus gérable à défaut de réformes en profondeur.
- L'Etat participe avant tout à deux programmes de financement de la santé publique: Medicare et Medicaid.
- Medicare englobe toutes les personnes de plus de 65 ans ainsi que les handicapé-e-s ayant droit à la „Social Security“. Il rembourse tant les frais ambulatoires que stationnaires. En 1999, 39 millions de personnes ont pu bénéficier de ce système. Son point faible est le fait qu'il permet aux médecins d'exiger un supplément privé par rapport aux tarifs réduits de Medicare; de plus en plus de patient-e-s en font d'ailleurs usage.
- Medicaid est le deuxième programme fédéral et peut être demandé par des personnes disposant d'un revenu modeste, voire nul; les divers Etats fixent des limites aux ayants droits. Pas moins de 41 millions d'Américain-e-s ont recouru en 1998 aux services de Medicaid. Comme ce système rembourse les frais d'après le principe des montants forfaitaires (prise en charge des prestations par cas), il existe une multitude de prestataires qui n'acceptent plus de patient-e-s Medicaid.
- La part des frais de santé financés par des recettes fiscales, à savoir 60% environ, est nettement plus élevée qu'en Suisse (25,3% en l'an 2000).
- Le système de santé américain est accessible pratiquement sans limitations aux entreprises orientées vers le profit. Tous les domaines qui se laissent organiser et exploiter de manière lucrative sont ainsi dominés par de telles entreprises, deux tiers de tous les HMO par exemple.