

Survol du système suisse de santé

F. Herrmann,^{b,c} P. Chastonay,^{a,c} P. Chopard,^{b,f} E. Chamot,^a
P. Garnerin,^{b,g} P. Bovier,^{b,d} T. Perneger^{a,b}

^a Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève

^b Unité qualité des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Unité de développement et de recherche en éducation médicale

^d Département de médecine communautaire,
Hôpitaux Universitaires de Genève

^e Hôpital de Gériatrie, HUG

^f Département de médecine interne, HUG

^g Division d'anesthésiologie, HUG

Résumé

Après une introduction caractérisant les raisons d'être d'un système de santé, ce bref survol décrit les partenaires engagés – usager, fournisseur, assureur et Etat –, et en particulier leur relation et leur mode de financement. Le cadre légal helvétique est aussi défini avec ses outils de régulations. Enfin, les grandes différences existant avec les systèmes de santé de certains autres pays sont présentées.

Finalités du système de santé

La raison d'être d'un système de santé idéal est de permettre le maintien ou l'amélioration de l'état de santé d'une population, sans discrimination, mais en respectant des contraintes d'efficacité et de coût raisonnable.

Point de départ à la réflexion, nous allons évoquer successivement ces concepts qui permettent aussi d'évaluer et de comparer entre eux les systèmes de santé.

Finalités d'un système de santé idéal

- maintenir et/ou améliorer l'état de santé de la population;
- réduire ou éviter les inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé;
- protéger les individus, leur familles et la communauté des risques financiers en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité.

L'accessibilité se réfère à la possibilité donnée à chacun d'accéder dans les meilleurs délais aux soins qui lui sont nécessaires et ce indépendamment de sa situation socio-économique. L'accessibilité est garantie financièrement par l'obligation d'assurance, telle que la Sécurité Sociale en France, le National Health Service britannique ou la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) qui couvre depuis janvier 1996, l'ensemble des résidents en Suisse, à l'exception des clandestins. L'accès physique aux soins est déterminé par le nombre des établissements de soins, la densité médicale, et la disponibilité des transports. La quasi absence de délais pour obtenir une prestation de soins – mis à part les listes d'attente pour les transplantations – contribue à l'accessibilité au système suisse. L'égalité devant les services de santé implique que chacun ait la même opportunité de recevoir des soins nécessaires et adéquats. Idéalement, l'accès à ces derniers devrait être déterminé par les besoins découlant de l'état de santé de l'utilisateur et non exclusivement par ses propres souhaits ou ceux de son thérapeute [1, 2]. Toutefois, la définition des «besoins» n'est pas aisée et fait l'objet de controverses.

L'efficacité des soins devrait être démontrée, mais ce n'est pas toujours possible. Certains ont estimé à seulement 10–20% la proportion des traitements administrés de routine dont l'efficacité est prouvée scientifiquement. La prescription des soins devrait être justifiée afin d'éviter leur sous- ou sur-utilisation [3]. A cet effet des lignes de conduite (appelées aussi «guidelines» ou recommandations pour la pratique clinique) sont utiles.

La volonté populaire s'exprime pour un coût raisonnable – ou supportable – des primes de l'assurance-maladie de base, le coût des prestations de santé lui-même n'étant souvent pas directement mis en cause par la population. Ce désir s'exprime légitimement dans la LAMal, mais également dans une proposition genevoise telle que la clause du besoin (nécessité de démontrer l'utilité de l'acquisition d'un nouveau dispositif médical coûteux, en terme de santé publique). Comme le coût dépend non seulement du prix unitaire de chaque prestation mais aussi de leur volumes respectifs, le médecin doit promouvoir la rationalité dans l'utilisation intelligente des ressources à disposition.

Attributs souhaitables d'un système de santé

- être accessible pour tous et équitable;
- utiliser les ressources de manière appropriée («efficacité») et pour un coût raisonnable («efficience»);
- fournir des prestations appropriées, efficaces et de qualité;
- garantir une bonne coordination et se centrer sur l'utilisateur.

Le système de soins devrait être centré sur l'utilisateur, le patient devenu partenaire doit pouvoir exprimer, ses besoins, ses souhaits, sa satisfaction ou son mécontentement.

Correspondance:

Dr Philippe Chastonay

Centre médical universitaire

Institut de médecine sociale et préventive

Rue Michel-Servet

CH-1211 Genève 4

La coordination du système participe à son efficacité, elle peut se manifester par la planification pour éviter le suréquipement. Elle peut être facilitée par une meilleure communication entre fournisseurs de prestations, qui peut prendre la forme de la carte de santé française ou d'un dossier médical informatisé unique comme le modèle proposé par la fondation genevoise «Iris». A ce jour la coordination est un des rôles central du médecin généraliste ou interniste («gate-keeper»), et devrait être facilitée administrativement par la création d'hôpitaux multisites (Genève, Valais).

- l'utilisateur souhaiterait obtenir à moindre coût les meilleures prestations dont il a besoin ou envie;
- le fournisseur de prestation voudrait pouvoir donner les meilleurs soins à son patient quel qu'en soit le prix – et accessoirement en vivre le mieux possible –;
- l'assureur aimerait ne couvrir que des usagers bien portants, bon payeurs et déboursant un minimum;
- enfin l'Etat pourrait vouloir un contrôle total sur l'ensemble du système.

Dans la pratique, le système sanitaire est le fruit d'un compromis obtenu par négociation, entre des acteurs aux objectifs potentiellement fort divergents.

Schématiquement, quatre acteurs principaux interagissent dans un système de santé (tab. 1 et fig. 1):

Les acteurs et leurs rôles

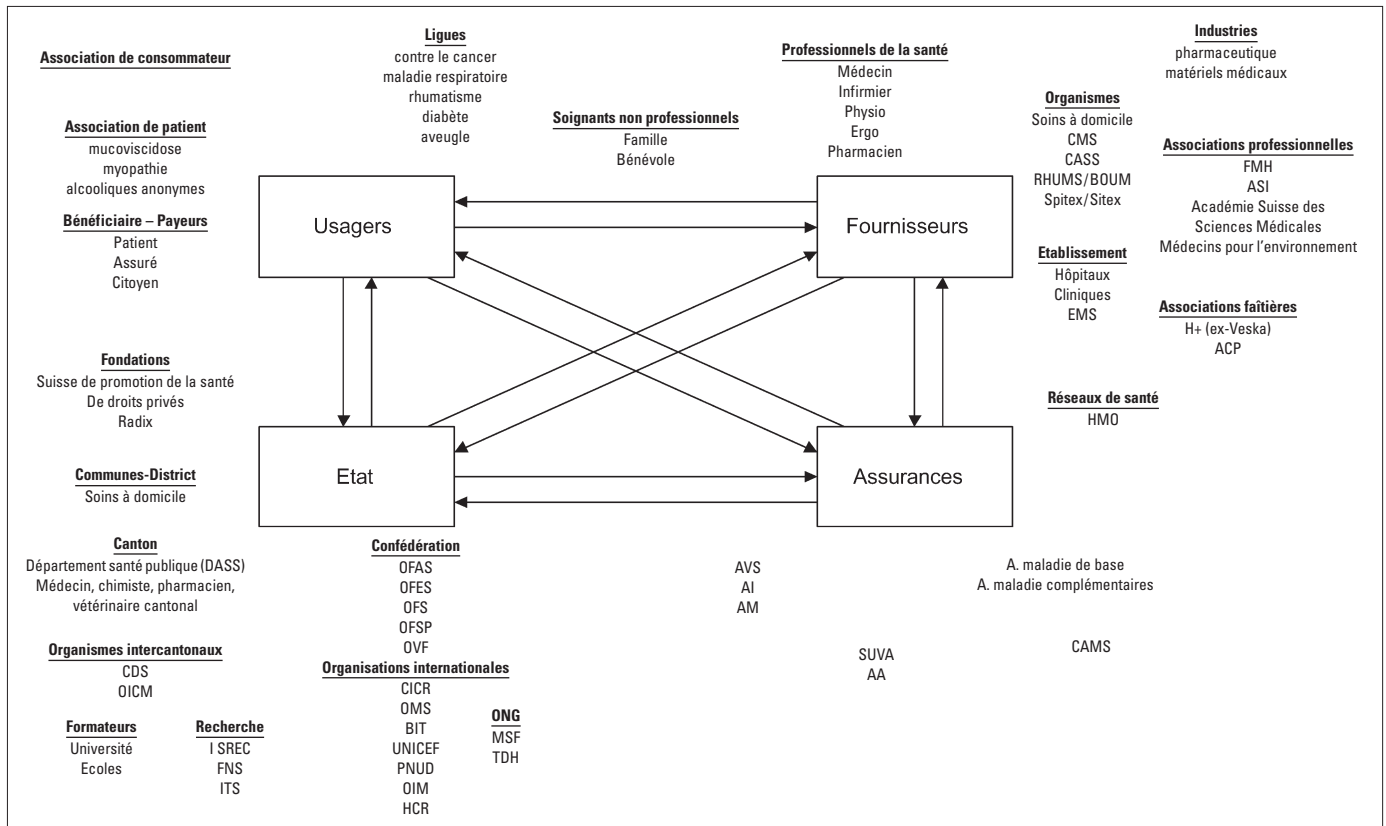
De manière caricaturale, le système de santé idéal pourrait bien être distinct pour chacun des quatre grands acteurs qui le compose:

Tableau 1

Sélection d'organisations, institutions et associations du système de santé suisse.

Acronyme	Nom	Page d'accueil
Usagers		
OSP	Organisation suisse des patients Pro Mente Sana	http://www.hospvd.ch/public/infos_patients/ip_qual_osp.htm http://www.promentesana.ch/
Pro Senectute	Fondation suisse pour la vieillesse	http://pro-senectute.ch/
SIV	Association Suisse des Invalides	http://www.siv.ch/
	Ligue genevoise contre le Cancer	http://www.prevention.ch/lamediane.html
	Ligue genevoise contre le Rhumatisme	http://www.prevention.ch/lamediane.html
	Ligue genevoise contre la tuberculose, les maladies pulmonaires et l'asthme	http://www.prevention.ch/lamediane.html
Fournisseurs de soins		
<i>Associations professionnelles</i>		
SSPh	Société suisse de pharmacie	http://www.sphin.ch/ge/sav/htm/taetigkg/taetigk.htm
FMH	Fédération des médecins suisses	http://www.fmh.ch/
FAMH	Association Suisse des Chefs de Laboratoires d'Analyses Médicales	http://www.smis.ch/cscq/fr/famh_fr/prog_formation_fr.htm
ASI	Association Suisse des Infirmières et Infirmiers	http://sbk-asi.ch/
<i>Hôpitaux / Cliniques</i>		
	Hospices cantonaux Vaudois	http://www.hospvd.ch/home/home.htm
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève	http://www.hug-ge.ch/
H+	Les hôpitaux de suisse	http://www.hplus.ch
VESKA	ancien, cf. H+	
<i>Industrie pharmaceutique</i>		
Compendium	Compendium Suisse des Médicaments	http://www.kompendium.ch/APP/help_f.cfm
SSIC	Société Suisse des Industries Chimiques	http://www.sgci.ch
Interpharma	Compagnies suisses de recherches pharmaceutiques	http://www.interpharma.ch/
OICM	Office intercantonal de contrôle des médicaments	http://www.iks.ch/default_F.asp
CSIT	Centre Suisse d'information toxicologique	http://www.toxi.ch/fre/welcome.html
	Antidotes contre les intoxications	http://www.galenica.ch/Service/Antidote/Antidotf.htm
Assureurs		
CAMS	Concordat assureurs-maladies suisses	http://www.cams.ch/
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance accident	http://www.suva.ch/scripts/suva/index_f.asp
Etat		
<i>Institutions fédérales</i>		
OFAS	Office fédéral des assurances sociales	http://www.bsv.admin.ch/
OFS	Office fédéral de la statistique	http://www.statistik.admin.ch/about/bfkskurz/fbfskurz.htm
OFSP	Office fédéral de la Santé publique	http://www.admin.ch/bag/f/index.htm
FNS	Fonds National Suisse	http://www.snf.ch/Indexf.html
<i>Organisations internationales</i>		
CRS	Croix rouge suisse	http://www.crs.ch/
OMS	Organisation mondiale de la santé	http://www.oms.ch/

Figure 1
 Partenaires du système de santé suisse (schéma non exhaustif).



L'utilisateur

Il est la raison d'être de tout le système, est à la fois citoyen, électeur (il choisit les options politiques qui définissent le système de santé), contribuable (il finance le secteur public de la santé), assuré et parfois patient ou client. Il est aussi celui sur qui repose l'essentiel de la charge financière (impôts et prime d'assurance). Il peut bénéficier d'actions préventives, demander de l'assistance ou consommer des prestations. Le plus souvent bénéficiaire du système, il peut aussi en être la victime, quand par exemple, il contracte une infection nosocomiale lors d'un séjour hospitalier ou subit une erreur. Dans le passé, l'utilisateur disposait de peu d'informations et se retrouvait souvent seul face au médecin. Maintenant, mieux renseigné, il s'organise en association de patients souffrant d'une même pathologie, en association de parents d'enfants malades ou de proches de patients atteints de la même maladie (Alzheimer par exemple). Ces ligues ou associations représentent les intérêts de leurs membres et leur proposent parfois des prestations sous forme d'informations, de conseils, ou de mise à disposition de matériel. Ces organisations sont donc également des fournisseurs de prestations de santé et contribuent souvent financièrement à la recherche. L'utilisateur peut aussi devenir un prestataire de soins lorsqu'il participe à des activités bénévoles liées aux soins ou prend en charge un membre de son entourage.

Les fournisseurs de prestations de santé

Ils sont essentiellement représentés par les professionnels des soins, les bénévoles et leurs structures respectives. Si le médecin occupe toujours un rôle central parmi les fournisseurs, par ses activités diagnostiques et de prescription, il n'est cependant pas seul et a progressivement perdu le monopole de la connaissance médicale. Le corps infirmier est numériquement l'ensemble professionnel le plus important. Plus d'une douzaine d'autres filières professionnelles participent également au système. Les fournisseurs de soins prodiguent leurs services à domicile, en ambulatoire ou dans des établissements de soins. Ces derniers, qu'il s'agisse de cliniques privées, d'établissements médico-sociaux (EMS), ou d'hôpitaux, concentrent les ressources techniques et mettent en commun les expertises de tous les professionnels de la santé. D'autre part, les fournisseurs de soins bénéficient de l'apport en matériel et en produits thérapeutiques mis au point par le secteur industriel, aussi actif sur le plan de la recherche.

Les fournisseurs sont également regroupés en associations qui ont différents rôles: défendre leurs intérêts (H+ Les Hôpitaux de Suisse, Fédération des médecins suisses FMH), définir les politiques professionnelles (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers ASI), assurer la formation continue (sociétés cantonales de médecine, sociétés de spécialistes, ASI, FMH) ou participer à l'élaboration de directives éthiques (Académie Suisse des Sciences Médicales).

Les fournisseurs de prestations représentent un pan important de l'activité économique, tant par le nombre de personnes qui en vivent que par l'importance du volume financier qui en découle (actuellement 10% du produit intérieur brut de la Suisse) [4-6].

Professions de la santé (liste non exhaustive)	
Aides soignants	Opticiens
Ambulanciers	Pédicures
Assistants sociaux	Pharmaciens
Ergothérapeutes	Physiothérapeutes
Infirmiers	Podologues
Laborantins	Psychologues
Logopédistes	Psychomotriciens
Masseurs	Techniciens en radiologie
Médecins	etc.

L'assureur

Il joue un rôle de «banquier» en recueillant les primes d'assurances. Il fixe le montant des cotisations, encaisse les primes des usagers, rembourse une partie des frais et constitue des réserves. L'assureur négocie également les conventions tarifaires, surveille les fournisseurs de prestations auxquels il demande des renseignements justificatifs. Regroupés en concordat, les assureurs exercent également une activité de lobbying auprès de certaines commissions fédérales, tout comme la FMH d'ailleurs.

L'assurance-maladie obligatoire, dite «de base», est sans but lucratif. Les prestations qui ne sont pas couvertes (p. ex.: hospitalisation en division privée, médicaments hors-liste) peuvent faire l'objet de polices d'assurances privées (assurances-maladie complémentaires).

Finalement, d'autres risques sont pris en charge par des assurances sociales réglées par des lois fédérales particulières: l'assurance-invalidité (AI) couvre les dépenses liées à la survenue d'une invalidité ou à la présence de malformations congénitales, la caisse nationale d'assurance-accident (SUVA) gère les accidents (qui sont parfois aussi pris en charge par certaines caisses-maladies) et les maladies dites professionnelles mais n'assure que les personnes exerçant une activité, et enfin l'assurance-militaire (AM) qui couvre les dépenses résultant de maladies ou d'accidents survenant durant les périodes de service et qui est donc réservée à ceux et celles qui portent l'uniforme.

L'Etat

Il exerce une fonction régulatrice entre les partenaires. Il légifère, exerce des contrôles et assure aussi une partie du financement du système de santé. Son rôle est de veiller au respect des lois et d'assurer l'accès aux soins et leur qualité. Il subventionne les hôpitaux publics, la formation professionnelle ainsi que la recherche via les Universités et le Fonds National Suisse de la Recherche.

Figure 2

Dépenses de santé par rapport au PIB dans les pays de l'OCDE en 1996.

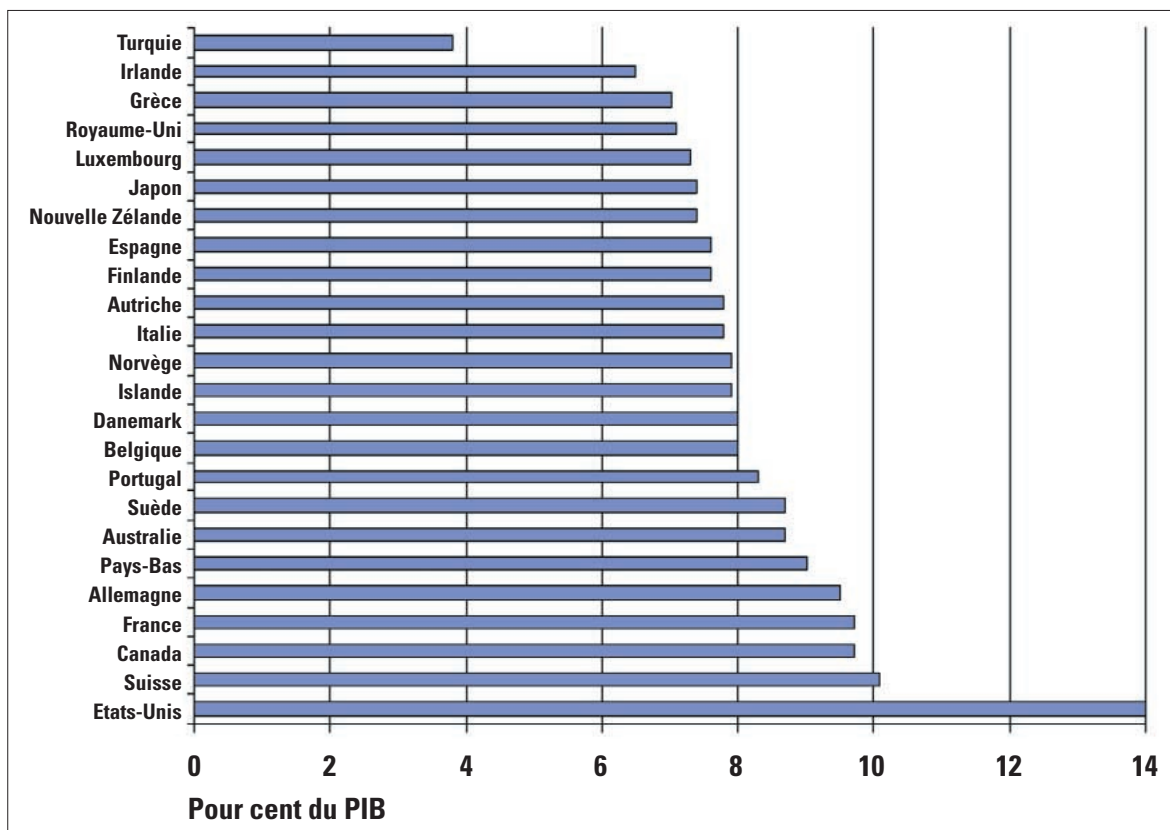


Tableau 2

Impact d'un changement de système de santé sur l'espérance de vie à la naissance en Allemagne de 1950 à 1996 (en années). Basé sur [9].

Année	Hommes			Femmes		
	Ouest	Est	Différence	Ouest	Est	Différence
1949/53	64,6	65,1	+0,5	68,5	69,1	+0,6
1980	69,9	68,7	-1,2	76,8	74,6	-2,2
1990	72,7	69,2	-3,5	79,2	76,3	-2,9
1992/94	73,4	70,3	-3,1	79,7	77,7	-2,0
1995/97	74,1	71,8	-2,3	80,2	79,0	-1,2

Après une amélioration initiale plus importante à l'Est, l'évolution de l'espérance de vie à la naissance – un marqueur de l'impact du système de santé – a progressé plus rapidement à l'Ouest avec un écart grandissant jusqu'en 1990. Après la réunification, la différence entre l'Est et l'Ouest s'amenuise.

Les facteurs évoqués (mais pas exhaustifs, ni démontrés) pour expliquer la diminution de cet écart sont schématiquement:

- l'adoption du système de couverture sociale de la RFA;
- l'adoption du système sanitaire de la RFA;
- une plus grande liberté personnelle (mais plus de chômage);
- un environnement moins pollué.

Au niveau cantonal, l'Etat exerce son rôle de police sanitaire en accordant les droits de pratique (médecin cantonal), mais aussi en contrôlant les denrées alimentaires et la qualité de l'air (chimiste et vétérinaire cantonaux). Il subventionne en grande partie les hôpitaux et les soins à domicile. Il subventionne les primes d'assurance des assurés à faible revenu, garantissant ainsi l'accessibilité aux soins. Toutes ces activités sont réglées par des lois sanitaires cantonales, dont les modalités varient d'un canton à l'autre.

Au niveau fédéral, plusieurs offices sont actifs dans le secteur sanitaire. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) vérifie les comptes et statistiques de ces dernières. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) émet des recommandations à l'intention des médecins cantonaux et des praticiens; il met également en place des campagnes de prévention. L'office fédéral de la statistique (OFS) collecte de manière anonyme les informations sanitaires provenant des hôpitaux publics qui ont l'obligation de coder les diagnostics des patients hospitalisés, et en diffuse les résultats. L'Office fédéral de l'enseignement et de la science (OFES) est actif dans le secteur de la formation et subventionne la participation helvétique aux projets de recherche européens.

Certaines tâches sont déléguées à des organisations comme la Croix Rouge Suisse qui coordonne les prélèvements, le contrôle et la distribution des dérivés sanguins, ou valide des formations en soins infirmiers.

Enfin, de nombreuses organisations internationales exercent également des activités supra étatiques dans le secteur sanitaire en proposant des recommandations, parfois reprises dans les programmes préventifs ou les lois nationales (Organisation Mondiale de la Santé).

Quelques comparaisons internationales

Coût raisonnable?

En 1996, les coûts du système de santé en Suisse se sont élevés à 37 milliards de francs [5, 7]. Pour juger de l'importance des coûts consacrés à la santé dans un pays, on exprime généralement ceux-ci par rapport au produit intérieur brut (PIB). Le PIB exprime la production totale réalisée dans un pays, que ce soit en terme de services (santé, banques, assurances) ou des biens (horlogerie, pharmaceutique, agriculture) [8]. En Suisse, la part de la santé dans les activités économiques du pays était de 10,1% en 1996, ce qui place notre pays en seconde position des pays industrialisés (Figure 2). Ce constat ne dit pas si les dépenses de santé en Suisse sont excessives, adéquates, ou insuffisantes. La réponse à cette question fait appel à des considérations éthiques et politiques, qui seront abordées ailleurs. Rappelons ici que dire que la santé coûte «trop cher» est une évaluation politique ou un choix de société, mais pas une observation scientifique; en effet il n'existe pas de seuil absolu quant au montant des dépenses à allouer à ce secteur.

Quelques comparaisons

La Suisse est caractérisée par une médecine privée, mais la plupart de ses hôpitaux sont publics et fortement subventionnés par l'Etat (de l'ordre de 50%). Les primes de l'assurance maladie de base sont fixées en fonction du canton de résidence, différent d'un assureur à l'autre et ne dépendent pas du revenu. Les assurés économiquement faibles reçoivent des subsides de l'état pour payer leur primes. Au contraire, en France comme en Allemagne le financement des soins de base est proportionnel aux revenus issus de l'activité professionnelle; en Angleterre le NHS est financé par les impôts [9].

Au Royaume-Uni [10], le National Health Service (NHS), créé en 1948, garanti un service public équitable, mais parfois minimum avec des listes d'attente et des restrictions à l'accès de certaines prestations comme la dialyse pour les plus de 60 ans, dont le but est de fournir des soins en fonction des besoins sanitaires, mais pas de la capacité à les payer. La plupart des prestations sont gratuites, et seules les personnes ayant des moyens financiers ont accès à la médecine privée. Précisons que dans ce système public les patients sont attribués au médecin généraliste de leur quartier de résidence et n'en ont pas le libre choix. Le système fut réformé en 1991 avec l'introduction d'un «marché intérieur», consistant à donner une enveloppe budgétaire aux praticiens de médecine générale, qui doivent ainsi payer les frais de spécialistes et d'hospitalisation pour l'ensemble des patients à leur charge.

A l'opposé, les Etats-Unis proposent une couverture médico-sociale financée par l'état aux plus démunis (Medicaid) et aux personnes âgées (Medicare), mais l'assurance-maladie (souvent une Health Maintenance Organisation [HMO]) fait partie des prestations financées par l'employeur pour ses employés.

Les Américains ne rentrant pas dans une des catégories précitées ont le choix entre ne pas s'assurer ou contracter une assurance privée. Ainsi une partie de la population des Etats-Unis bénéficie d'aucune couverture pour le risque de maladie. Autres particularités américaines, le coût des médicaments ne sont pas couverts par l'assurance, alors qu'ils sont remboursé à 90% en Suisse et à 100% en France pour les médicaments agréés par la Sécurité sociale.

Pour des raisons historiques, l'Allemagne – état fédéral de 82 millions d'habitants répartis en 16 Länder – mérite une attention particulière [9]. C'est, en effet, le premier pays à avoir mis en place une couverture médico-sociale (système Bismarck): depuis 1883, l'assurance-maladie y est obligatoire au niveau national pour les employés de certaines catégories professionnelles. Suite à la réunification de 1990, l'ancienne Allemagne de l'Est a vécu un changement rapide du système de santé – évoqué dans le tableau 2 – en adoptant celui de la RFA [9].

Conclusions

La finalité d'un système sanitaire est caractérisée par le maintien ou l'amélioration de l'état de santé de la population tout en la protégeant des risques financiers et en essayant d'aplanir les inégalités socio-économiques. Les attributs souhaitables d'un système de santé ont été évoqués, tels que les notions d'accessibilité, d'efficacité, d'efficience, de réponse aux besoins et de coordination. Ensuite, les quatre principaux acteurs qui composent ce système ont été décrits. Enfin une comparaison sommaire montre que bien que chaque pays ou région poursuive des buts

semblables, il existe une grande diversité des systèmes de santé, qui sont plus ou moins complexes dans leur organisation et leur mode de financement. En Suisse, cette complexité est amplifiée par la co-existence de 26 systèmes cantonaux distincts présidés par autant de ministres.

Références

- 1 Bisig B, Gutzwiller F, Domenighetti G. Incidence of operations in Switzerland related to insurance status. *Swiss Surg* 1998; 4(3):109-16.
- 2 Domenighetti G, Casabianca A. Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives. *Br Med J* 1997; 314(7091):1417.
- 3 Domenighetti G, Casabianca A. Health care economics, uncertainty and physician-induced demand. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;125:1969-79.
- 4 Switzerland 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:82.
- 5 Coûts du système de santé. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 1998.
- 6 Rey J. Le système suisse de santé: turbulences, défis, enjeux. Genève: Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé; 1996.
- 7 La santé publique en Suisse. Prestations, coûts, prix. Dans: Information P. édition 1999.
- 8 Annuaire statistique de la Suisse. Dans: Zeitung VNZ. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 1997.
- 9 Germany 2000. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 2000:128.
- 10 United Kingdom 1999. In: http://www.observatory.dk/frame_index_main.htm, ed. Health Care Systems in Transition: European Observatory on Health Care Systems, 1999:117.