



Politique sociosanitaire et santé mentale: dispositifs et financement

Appréhender les interactions entre diagnostic, économie et
politique de santé.

Nicolas Dietrich, coordinateur cantonal CII
Canton de Fribourg

—
Colloque du GREA: DSM V: quoi de neuf?

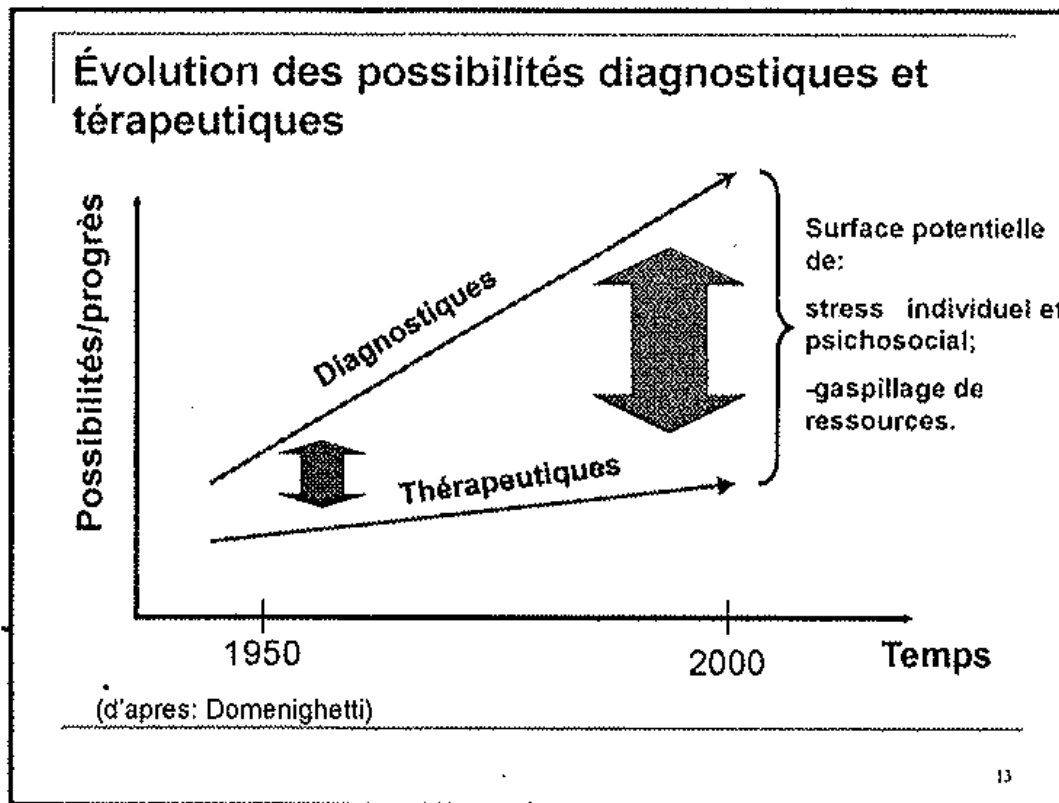
06.06.2013, Genève, Business and Art Center

Programme

1. Les diagnostics: un contexte complexe et parfois incertain
2. Coûts et économie de la santé: l'offre et la demande de soins
3. Nouveaux risques touchant au domaine de la santé mentale et au traitement
4. Politique sanitaire et financement: mesures déjà prises et mesures futures
5. Conclusion

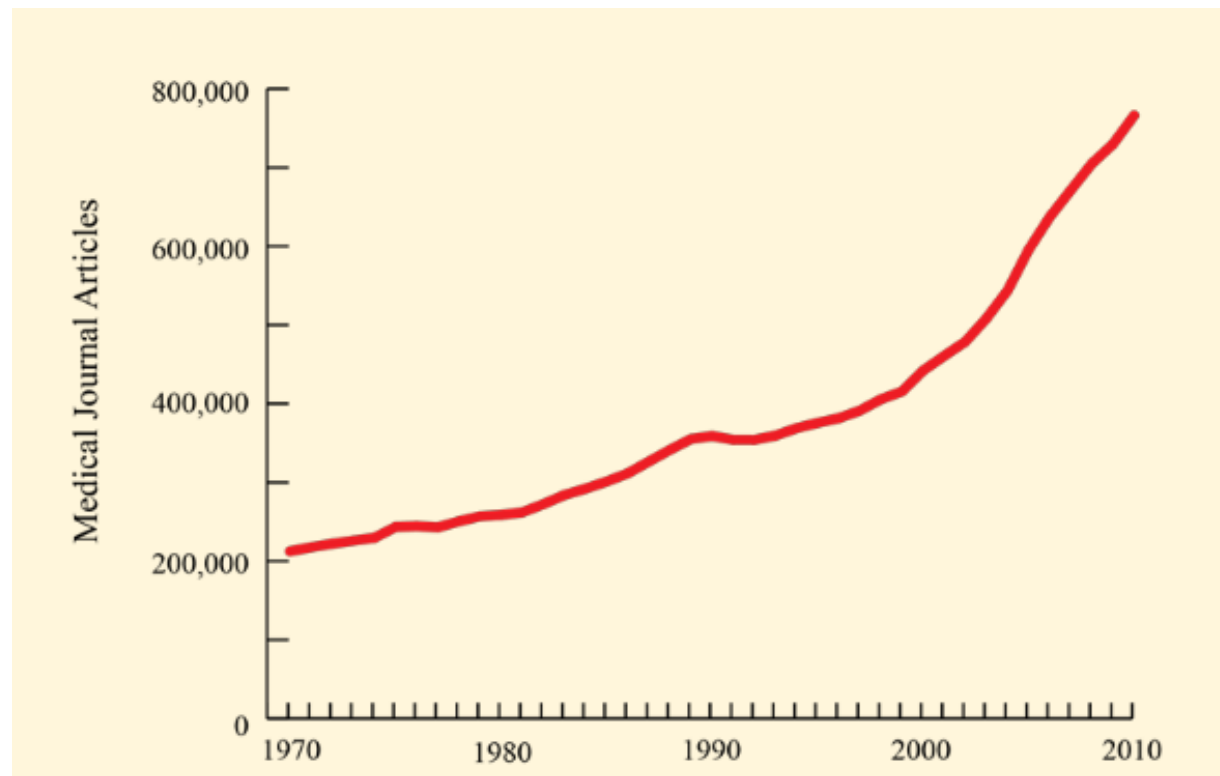
1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

1. Ecart entre les possibilités diagnostiques et thérapeutiques



1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

2. Augmentation de l'information médicale disponible



Mark D. Smith, *Best Care at Lower Cost*, Institute of Medicine, www.iom.edu

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

3. Les connaissances scientifiques: du chercheur jusqu'au lit du malade



Mark D. Smith, *Best Care at Lower Cost*, Institute of Medicine, www.iom.edu

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

3. Les connaissances scientifiques: du chercheur jusqu'au lit du malade

Il faut en moyenne 15 ans depuis l'évidence médicale jusqu'au lit du malade.

Une étude (1) se fondant sur une revue de 6712 dossiers de patients, au moyen de 439 indicateurs cliniques, indique que les patients avaient reçu en moyenne seulement 54,4% des soins scientifiquement indiqués.

(1) Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Steven M. Asch, M.D., M.P.H., John Adams, Ph.D., Joan Keeseey, B.A., Jennifer Hicks, M.P.H., Ph.D., Alison DeCristofaro, M.P.H., and Eve A. Kerr, M.D., M.P.H. *The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States*, N Engl J Med 2003; 348:2635-2645.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

4. Médicalisation de la vie

Durant les dernières décennies, on a assisté à une révision à la baisse des paramètres qui définissent les seuils du « pathologique » pour toute une série de facteurs de risques diffus (ex hypertension, hypercholestolémie, diabète, conduites addictives, etc).

Cela augmente les conditions et les situations qui sont ou qui pourront définir les individus comme des malades sous-diagnostiquées ou sous traitées.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

4. Médicalisation de la vie

A titre d'illustration, un sondage sur la santé effectué en 2008 indiquait que 36% de la population avaient eu un traitement médical et 12% un traitement à l'hôpital dans les trois mois précédant le sondage.

(1) La santé en Suisse, Rapport national sur la santé 2008, Observatoire suisse de la santé, OFS, Neuchâtel, 2009.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

4. Médicalisation de la vie

«*La médecine n'a plus aujourd'hui de champ extérieur*» écrivait Foucault. Tout peut faire l'objet de pathologie (> hygiénisme ?(1)). Donc tout ou presque est susceptible de recevoir une solution médicale. En particulier ce qu'on appelle désormais les «pathologies sociales», dont la société, justement, tend à se décharger sur le dispositif médical. Ex: Beaucoup de personnes ont des difficultés d'adaptation mais toutes n'ont pas un syndrome d'Asperger ou des troubles de l'attention. Beaucoup de gens sont très spéciaux, mais tous ne sont pas malades. D'où la difficulté, pour les médecins, à trouver les limites de leur rôle.

(1) Tavaillot, PH. *La santé: un droit, un devoir, le salut?*, 2012, Cahiers Français No 369: 65-70.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

4. Médicalisation de la vie

Les médecins souffrent d'être les accompagnants d'un système dérégulé. ... La médecine est devenue un champ majeur de l'économie. On lui notamment demande de maintenir fonctionnelle la «force de travail», de prendre en charge la santé des travailleurs. Et, depuis les années 80, on assiste au déclin de la satisfaction des médecins (1).

La santé est entrée de plein pied dans le monde de la consommation et s'est introduite dans le marché.

(1) Bulletin des médecins suisses, 2012, 1732-1735, <http://www.bullmed.ch>

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

4. Médicalisation de la vie = extension du domaine de la médecine

- > SUR LE PLAN QUANTITATIF(abaissement des seuils)
- > SUR LE PLAN TEMPOREL(diagnostic précoce)
- > SUR LE PLAN QUALITATIF(nouvelles maladies)

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

4. Médicalisation de la vie = confusion

Femmes sans le col de l'utérus qui continuent à faire le Pap-Test: USA 50% (1).

Proportion de femmes qui croient que le screening mammographique évite ou réduit le risque de tomber malade dans le futur d'un cancer du sein: Italie 81 %, USA 57 %, UK69 %, CH65 % (2).

(1) Sirovich, Welch. JAMA 2004 .

(2) Domenighetti et al. Int.J.Epidem, 2004.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

5. Les risques et les bénéfices des traitements: souvent difficiles à trancher

L'institut allemand pour la qualité et l'économicité dans le système de santé (IQWiG) définit la notion de bénéfice comme «effets positifs liés à la causalité» d'une intervention médicale par rapport aux objectifs primaires pertinents pour le patient, et comparé à une autre thérapie clairement définie, un placebo ou à l'absence de traitement.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

5. Les risques et les bénéfices des traitements: « *Lorsque le bénéfice d'une intervention est démontré par des études, la difficulté souvent difficile à trancher d'interprétation réside souvent dans le fait que le bénéfice est présenté en valeurs relatives («20% d'amélioration») et non pas en valeurs absolues. De plus, il arrive que le bénéfice et le préjudice soient exprimés de manière différente – le bénéfice en valeurs relatives (c-à-d élevées ou en pourcentage) et le préjudice en valeurs absolues (c-à-d faibles). Ni les médecins, ni les patients ne sont alors en mesure d'interpréter correctement ces résultats. » (1)*

(1) Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

5. Les risques et les bénéfices des traitements: souvent difficiles à trancher

L'épidémiologie est l'étude des comparaisons des populations. Pour tester un médicament ou un traitement, on fait des essais cliniques qui permettent de déterminer la différence de risque (DR) du groupe de référence et du groupe traité. On peut calculer le risque évitable par le traitement prescrit sur une durée déterminée et le nombre de personne à traiter pour éviter un cas.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

5. Les risques et les bénéfices des traitements: souvent difficiles à trancher

Si dans la presse on lit que tel ou tel médicament permet de diminuer de X% la survenue d'une maladie, cela n'est pas parlant. Il faut regarder quel est le nombre de personnes à traiter . Si un médicament réduit le risque 52 pour 10000 par an à 37 pour 10000 par an, cela signifie 15 maladie pour 10000 personnes qui prennent tous les jours leur traitement pendant un an. > 667 traités = 1 maladie évitée. La plupart des traitements, des facteurs préventifs et des tests de dépistage ont des effets d'un ordre de grandeur tel que celui-ci.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

6. Le nombre de personnes à traiter augmente

Plus on baisse les seuils définissant le « pathologique », plus grand sera le nombre d'individus à traiter (NNT) (1) Selon l'exemple de la *slide* précédente, sur 667 individus 666 seront traités inutilement et eu un seul sujet aura le bénéfice escompté grâce au traitement.

(1) NNT = Number Needed to Treat; nombre d'individus à traiter pour avoir un seul sujet qui aura le bénéfice de santé espéré.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

6. Le nombre de personnes à traiter augmente

Depuis quelques années, on parle de prévention « quaternaire », qui est la prévention du « **risque de surmédicalisation** » (= éviter les interventions inutiles ou excessives), rôle endossé avant tout par le médecin de premier recours.(2)

(2) *Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours*, Rapport du groupe de travail de la CDS et de l'OFSP, Berne, 2012.

1. Décision thérapeutique: diagnostic dans un contexte complexe.

7. Symptômes médicalement inexpliqués (SMI) > pas de diagnostic

Les SMI sont rencontrés fréquemment en médecine de premiers recours et peuvent représenter **jusqu'à un tiers de leurs consultations ambulatoires** (1). « Il sont grevés de beaucoup de détresse et de handicap pour les patients –en particulier en ce qui concerne les comorbidités psychiatriques- et ils sont associés à beaucoup de frustrations et sentiments d'impuissance pour le médecin (2)». (3)

(1) Fink et al, *Somatisation in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practioner recognition.*

Psychosomatics, 2001; 40(4): 330-8.

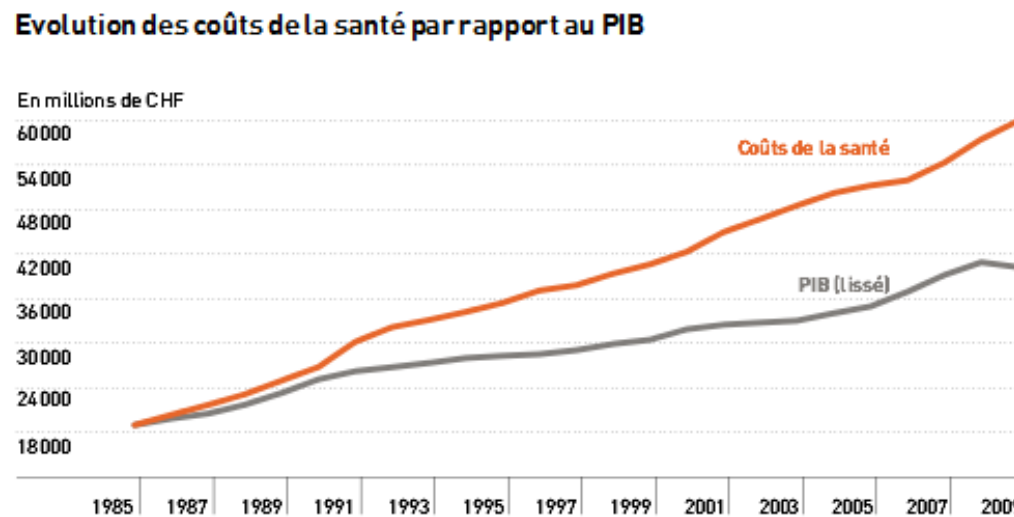
(2) Henningsen, P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta analytic review. *Psychosomatic Medicine* 2003 ; 65(4): 528-33.

(3) Dominicé Dao, M. *Making sense of illness in the absence of diagnostic: patients' and physicians' narratives of medically unexplained symptoms.*

Thèse en Master's en Psychiatrie Transculturelles et Sociale, Département de Psychiatrie, Université McGill, Montréal, 2006.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts



Source : Office fédéral de la statistique (OFS)

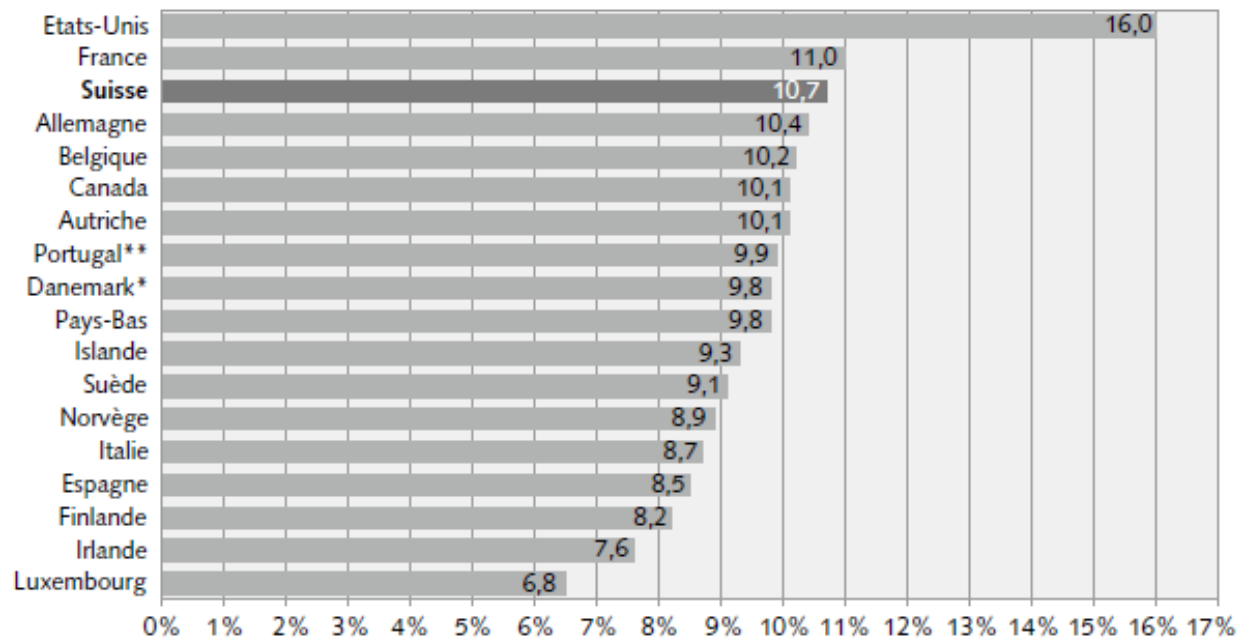
Les coûts de la santé augmentent plus vite que la capacité économique de la Suisse mesurée en termes de produit intérieur brut (PIB).

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

Dépenses de santé par rapport au PIB de quelques pays de l'OCDE

G 5



Source: Eco-Santé OCDE 2010, septembre 2010

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

Si, selon le rapport de l'observatoire suisse de la santé en 2008(1), la santé des Suissesses et des Suisses figure dans le peloton de tête en comparaison internationale, le système de santé suisse coûte aussi très cher puisqu'en 20 ans la part des dépenses de santé est passée de 8% à 14% du PIB, ce qui représente environ 60 milliards de francs par année.

En dehors des USA, la Suisse a un des systèmes de santé les plus cher au monde.

(1) La santé en Suisse, Rapport national sur la santé 2008, Observatoire suisse de la santé, OFS, Neuchâtel, 2009.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

« La croissance des dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est d'abord la conséquence d'une augmentation du volume des prestations, en particulier dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier et de la part des médecins spécialistes. La croissance du secteur ambulatoire des hôpitaux ne peut pas être expliquée par un transfert du secteur stationnaire. Dans le domaine des hôpitaux, on observe par ailleurs de notables différences d'efficacité entre les cantons. » (1)


D'après santésuisse, l'augmentation du volume de prestations ne correspond pas toujours à une réelle plus-value (2).

(1) Etude sur l'évolution des dépenses de santé entre 2004 et 2010 dans les cantons, Haute-école zurichoise des sciences appliquées de Winterthour, www.santesuisse.ch

(2) Dr. Christoph Q. Meier, Directeur de santésuisse, *Volumes et prix dans l'assurance de base sociale*, présentation du 4 avril 2013.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts



Exploitation optimale des ressources...

- En 2010, le pourcentage de naissances par césarienne était deux fois plus élevé dans le canton de Zoug que dans le canton du Jura (42,7 % contre 19,2 %). (OFSP)
- Prothèses du genou :
 - 84 cas / 100 000 habitants dans le canton du Jura
 - 196 cas / 100 000 habitants dans le canton de Glaris
(Obsan, S. Carboni et G. Domenighetti: Variabilité chirurgicale en Suisse, 2006)
- De 2005 à 2011:

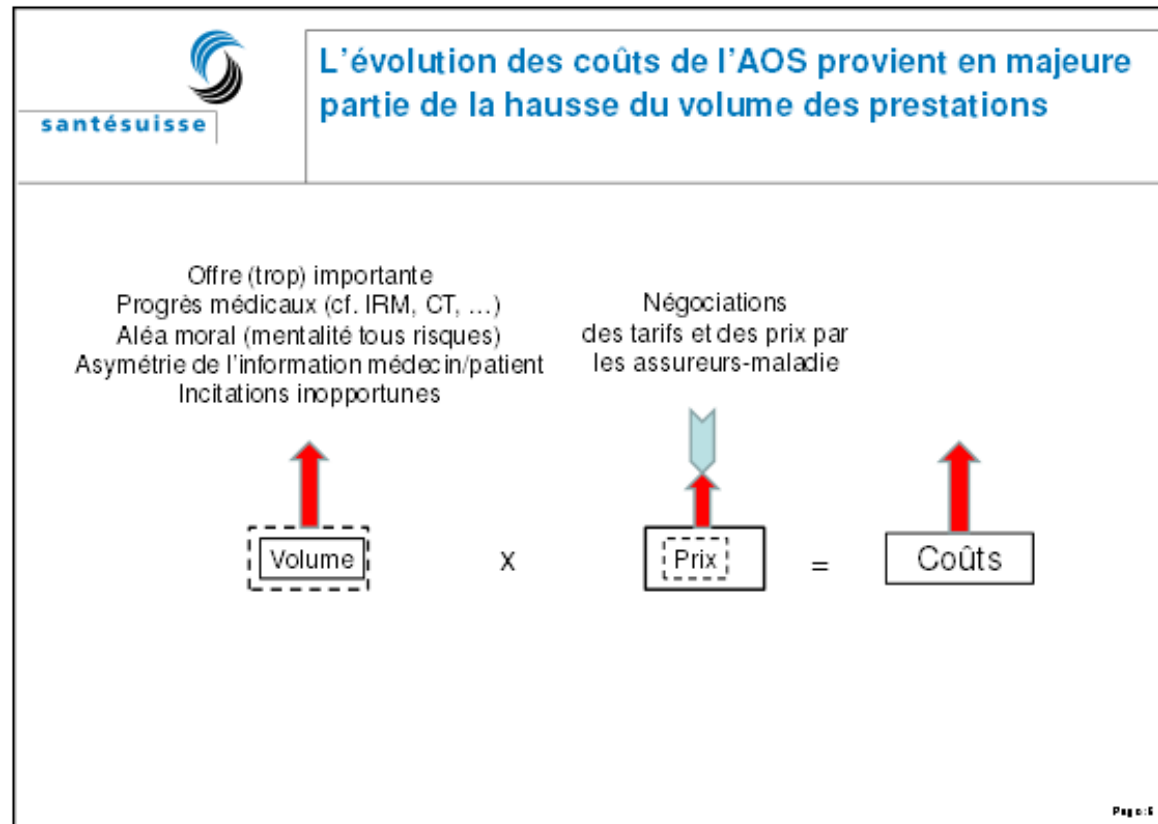
■ IRM	+ 214 %
■ CT	+ 186 %
■ Mammographie	+ 111 %
■ Échographie	+ 86 %

(pool tarifaire de santésuisse)

Page 2

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts



2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

Cette augmentation est due en majorité à l'augmentation du volume de prestations.

> Certes les patients atteints dans leur santé veulent toutes les prestations qui pourront les aider à se soigner. Lorsqu'ils sont citoyens, ils ne veulent toutefois pas d'augmentation des coûts de la santé et de leur primes d'assurance;

Mais la surconsommation ne provient pas seulement du comportement des consommateurs de soins...

...il faut regarder de plus près l'offre et la demande de prestations de soins.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

L'offre et la DEMANDE de prestations de soins:

> La demande trouve son origine dans des besoins qui se transforment en demandes de prestations de santé. Il est difficile de la maîtriser car elle n'est que faiblement élastique (les patients ne vont pas automatiquement consommer plus lorsque les prix baissent) et les consommateurs n'ont pas le savoir qui permette de déterminer les choix de santé (prix, risques, bénéfices) > asymétrie de l'information.

> Le jeu de l'offre et de la demande des prestations de santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

L'OFFRE et la demande de prestations de soins:

> Le rôle du prescripteur est décisif puisqu'il a intérêt à contrôler la demande de ses patients (voire à les inciter à consommer en multipliant les analyses, les examens et les médications).

> Mais les fournisseurs de prestations ont aussi une liberté de marché limitée. A titre d'exemple: un hôpital public a un mandat de l'Etat et n'a pas de latitude pour choisir si telle ou telle prestation doit/peut ou non être mise sur le marché. Dans un système de santé universel, l'hôpital public doit être accessible à tous et avec toutes les prestations listées et planifiées par l'Etat.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

L'OFFRE et la demande de prestations de soins:

>Mais pour qu'il y ait offre, il faut d'abord que ces biens et services soient produits.

>Ces producteurs de biens et services de santé font pression sur les prestataires de soins et participe à l'**induction de la demande**.

2. Coûts et économie de la santé

1. Augmentation des coûts

DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DE LA DEPENSE SANITAIRE

- INNOVATION TECHNOLOGIQUE

(y compris l'induction sur la pratique médicale, sur l'organisation des soins et sur les attentes des patients, etc.): 60-70 %

(futur: **diagnostics, médicaments et vaccins, screening et thérapies génétiques, techniques chirurgicales**).

- DEMOGRAPHIQUES (croissance de la population / vieillissement): 20-35 % (vieillissement 10-25%) > idée fausse que le vieillissement est le déterminant principal.(1)

(1) Mathieu Vuilleumier, Sonia Pellegrini, Claude Jeanrenaud, Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse, OFS, Neuchâtel, 2007.

3. Nouveaux risques et traitements

1. Augmentation des nouveaux risques

- le pouvoir d'achat net et le revenu disponible à court terme des Suisses a diminué depuis 1990 (à l'exception des ménages riches) (1);
- le stress et l'insécurité au travail augmente (2)

- depuis 1996 la disparité entre les salaires bruts s'est accentuée (3) ce qui pose un problème au niveau de la redistribution de la richesse nationale;

(1) ECOPLAN. Répartition de la richesse en Suisse. Thun, juin 2004.

(2) Ramaciotti D, Perriard J. *Les coûts du stress en Suisse*. Berne: SECO, 2001

(3) ECOPLAN. Répartition de la richesse en Suisse. Thun, juin 2004.

3. Nouveaux risques et traitements

1. Augmentation des nouveaux risques

-les personnes dépendant de l'aide sociale sont toujours plus nombreuses dans les grandes villes suisses (4).

-le nombre de personnes qui reçoivent des rentes d'invalidité pour causes psychiques a doublé depuis 1993 (et hausse d'un tiers depuis fin des années 1990); 40% des nouvelles rentes octroyées souffrent de maladie psychiques (5) et 40% de l'absentéisme en entreprise relève de problèmes psychiques .

(4) Kennzahlenvergleich Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2003. Hamburg : consens, 2003 (<http://www.staedteinitiative.ch>)

(5) Wicki M, *Santé psychique et activité professionnelle*. Sécurité sociale CHSS 2/2012: 94-98.

3. Nouveaux risques et traitements

2. Maladies psychiques, invalidité et traitement

Bien que les maladies psychiques puissent être traitées, les personnes qui en sont atteintes se sentent lourdement stigmatisées. Le traitement des maladies psychiques est souvent insuffisant et ne correspond pas aux recommandations des professionnels (1,2), **alors même que la densité de l'offre de soins a augmenté au cours des dernières décennies (3)**

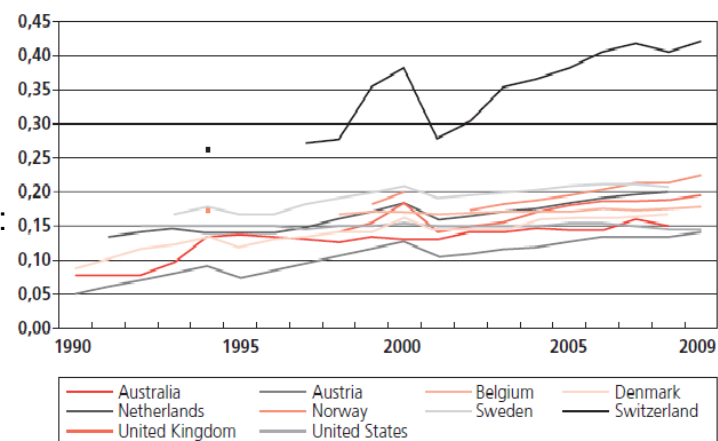
(1) Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja; Wiedermann, Wolfgang (2011): «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche (Rapport n° 1/11) ;

(2) Wicki M, *Santé psychique et activité professionnelle. Sécurité sociale* CHSS 2/2012: 94-98.

(3) Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

Nombre de psychiatres pour 1000 habitants, de 1990 à 2008

G3



3. Nouveaux risques et traitements

2. Maladies psychiques, invalidité et traitement

Une rente ou une mesure AI ne peut être octroyée qu'à condition que le malade reçoive le traitement adéquat (>obligation de réduire le dommage (1)). Dans les faits, il semblerait toutefois qu'il règne un certain flou dans le contrôle de cette condition et l'application de cette mesure, ce qui s'inscrit dans la tendance internationale évoquée plus haut, qui voit de nombreux patients suivre un traitement insuffisant, voire ne pas en suivre du tout. Enfin, on déplore l'absence, à ce jour, de directives relatives au traitement de maladies psychiques. (2)

(1) Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité.

(2) Ebner, Gerhard; Dittmann, Volker; Mager, Ralph; Stieglitz, Rolf-Dieter; Träbert, Silke; Bührlen, Bernhard; Herdt, Jörg (2012): Entwicklung von Leitlinien zur Begutachtung von psychischen Behinderungen. Erhebung der formalen Qualität

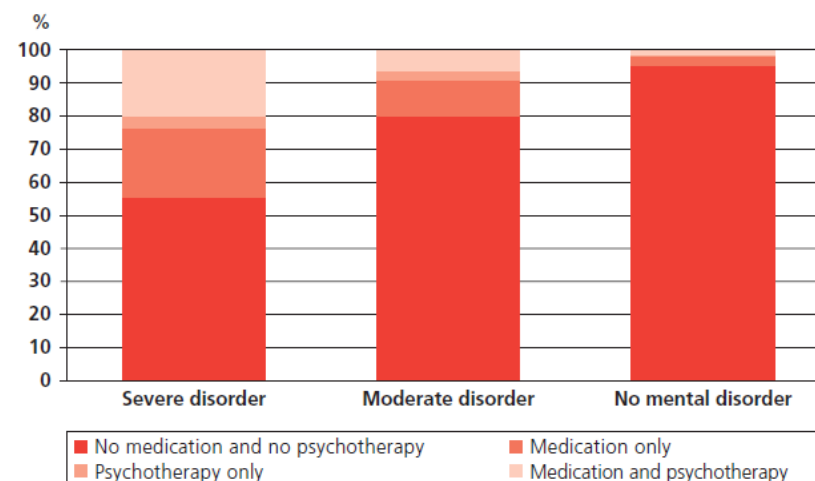
3. Nouveaux risques et traitements

2. Maladies psychiques, invalidité et traitement

Il est révélateur que les psychotropes sont prescrits près de deux fois plus souvent que les psychothérapies: sur 100 patients, 22 ne reçoivent qu'un traitement médicamenteux et 4 uniquement un traitement psychothérapeutique, alors que 19 suivent le traitement combiné recommandé par les spécialistes et que les 55 restants reçoivent aucun traitement.

Pourcentage de personnes traitées par antidépresseur et/ou par psychothérapie; par degré de gravité 2005

G2



Source: Calculs de l'OCDE sur la base de l'Eurobaromètre 2005.

3. Nouveaux risques et traitements

Synthèse des parties 1-3:

- > La médicalisation de la vie, les années entre les évidences scientifiques et le lit du patient, la difficulté à faire des choix de traitement avec certitude quant au résultat, les syndromes médicalement inexpliqués, le flou existant quant au contrôle de l'obligation de réduire le dommage dans les assurances, le manque de directives internationales quant au traitement des maladies mentales, ainsi que les nouveaux risques pas encore traités... (à quoi on peut ajouter l'attitude de tout un chacun selon laquelle les cas simples sont traités avant les cas complexes).
- > **S' en suit à la fois un risque de surdiagnostique et une accumulation de patients qui ne sont pas traités/pas traités comme ils devraient et de situations « sans solution » .**

4. Politique sanitaire et financement

« *Un progrès illimité ne peut être assuré avec des ressources limitées.* »

Daniel Callahan, Hasting Report «The Goals of Medicine», 2004

« *La concurrence entre les caisses d'assurance maladie sur la base du cadre légal actuel est totalement inefficace. Par ailleurs ce type de concurrence n'est **pas en mesure d'influencer le niveau de la dépense globale** qui nécessite d'être financée.* » (1)

L'augmentation du nombre de diagnostics et leur élargissement qualitatif vont contribuer à l'augmentation des coûts de la santé et le système suisse ne pourra pas tous les prendre en charge: « *dans sa structure actuelle, **la médecine n'est pas durable*** » (2).

>> les réformes du système vont se poursuivre.

(1) Gianfranco Domenighetti , *Grandeur et misère des systèmes universels de santé*, Institute of Health Economics and Management, 2005.

(2) Médecine durable, Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), 2012.

4. Politique sanitaire et financement

Mesures déjà prises ou en cours:

Mode de financement hospitalier

- L'introduction des SwissDRG au 1er janvier 2012 découlant de la dernière révision de la LAMal.

= des groupes homogènes de patients (GHM) ou groupes de diagnostics (DRG) permettent de répartir les patients traités à l'hôpital en groupes homogènes du point de vue médical et avec des frais de traitement comparables. Le critère d'attribution est le diagnostic principal à la sortie de l'hôpital, qui peut être complété par des diagnostics secondaires. Un cas ne peut être attribué qu'à un seul GHM. Une somme d'argent et un nombre de jours d'hospitalisation sont déterminées pour chaque GHM.

4. Politique sanitaire et financement

Mesures déjà prises ou en cours:

- Renégociation des prix des examens de laboratoire (2011).
- Evaluation plus exigeante des nouvelles technologies et de leur apport effectifs à la santé (*Health Technology Assessment HTA*)
- Renégociation des prix des médicaments: voir communiqué de presse du Conseil Fédéral du 12.04.2013 > économie 720 mio jusqu'en 2015 (baisse de prime de 1%).
- Re-négociations des conventions tarifaires (ex: Tarmed).
- Planification de l'ambulatoire et gestion coordonnées des soins: réintroduction de la **clause du besoin**: cf. vote du CN de mars 2013.
> Incitations en faveur des **réseaux de soins** qui implique une diminution de la liberté de choix ("*managed care*").

4. Politique sanitaire et financement

Mesures déjà prises ou en cours:

Augmentation de la concurrence dans le système:

- hospitalisation (partiellement) possible dans toute la Suisse,
- une **quote-part plus élevée** pour les médicaments originaux pour lesquels un générique existe,
- les changements de caisse-maladie ont été (un peu) simplifiés,
- affinement des **mécanismes de compensation des risques** qui tiennent compte non seulement de l'âge, du domicile, du sexe et des séjours hospitaliers/EMS dans les 12 derniers mois mais aussi de la morbidité (risque de maladie selon des indicateurs). On calcule le besoin de dépenses moyen par assuré. Si les besoins de dépenses dépassent la capacité financière de la caisse-maladie, celle-ci bénéficie de paiements de compensation, si sa capacité financière dépasse ses besoins de dépenses, elle verse des compensations.

4. Politique sanitaire et financement

Mesures déjà prises ou en cours:

- Les assurances ont introduit le **Case Management** (CM) et le **Disease Management** (DM) pour gérer au mieux les cas complexes et les maladies chroniques.

>Les réformes vont de poursuivre et les négociations entre les différents acteurs du système de santé vont encore se durcir durant les prochaines années

4. Politique sanitaire et financement

Ces réformes s'appuient sur deux leviers:

- > Une régulation de la demande par une augmentation des contributions et/ou une charge croissante des prestations par le consommateur final (> problématique car en Suisse les consommateurs financent déjà le 2/3 des dépenses de santé > accès remis en cause).
- > Une régulation libérale de l'offre par l'attribution de budgets ou d'enveloppes fermées et par une « contractualisation » des relations entre acheteurs et fournisseurs de soins (> pression sur les prix).

Mesures futures possibles:

- Les assureurs aimeraient d'une part un **système moniste** (et non plus dual) et, d'autre part, introduire la **liberté de contracter**.
- La rémunération des médecins à l'acte est remise en question (la Suisse est le dernier pays à appliquer ce **mode de rémunération**).

5. Conclusion

- > Notre système dit « universel » touche à ses limites: car, malgré son nom, certains patients n'ont pas ou plus accès aux soins, d'autres ont une situation de santé si complexes qu'ils sont laissés de côté *de facto*.
- > En l'état, le système n'est pas durable: les mesures prises jusqu'à aujourd'hui ont un effet sur la qualité et peu d'effets sur les coûts, qui vont continuer à augmenter.
- > Tendence à introduire de plus en plus d'éléments du marché dans le système, même dans les structures dites publiques.
- > Vers un système de **concurrence réglementée**, pour lequel plusieurs conditions ne sont pas encore réunies dont par exemple une compensation des risques plus fines et une loi sur les cartels qui doit être appliquée à tous les domaines de la santé publique (1)

(1) Leu, E. R., Matter, P. *Comparaison des systèmes de santé suisse et néerlandais*, 2009, La vie économique, No 11: 9-12.

5. Discussion

> Enjeux pour l'avenir: comment garder une juste mesure entre la vision des économistes de la santé/des managers de la santé et celle des patients, qui veulent pouvoir bénéficier de tous les meilleurs soins? Que peuvent faire les professionnels de la santé dans un tel contexte?

Discussion: dans le domaine de la santé mentale: les pathologies touchent souvent l'ensemble de la cellule familiale, les causes sont multiples, les mécanismes de la maladie parfois mal connus, il y a souvent de multiples intervenants et il y a une incertitude quant aux choix et aux bénéfiques thérapeutiques.

« Face à la complexité de ces enjeux on ne peut qu'appeler à la collaboration entre les acteurs de disciplines variées et l'écoute des personnes concernées ».(1)

5. Discussion

Que peuvent faire les professionnels de la santé dans un tel contexte?

Concentrer les efforts sur:

- > La qualité
- > Les collaborations centrées sur le patient
- > L'*empowerment* du patient
- > Les solutions qui apportent un meilleur état de santé, une meilleure qualité de vie, du bien-être, une plus longue durée de vie (*Outcome* à la place d'*Output*).



5. Discussion

Recommandations internationales et nationales:

«Il faut également promouvoir le développement d'une prise en charge transversale dans des structures ambulatoires ou résidentielles pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée, les personnes souffrant de maladies mentales ou celles ayant besoin de soins palliatifs.» (1)

> L'OMS a énoncé dix directives pour inspirer les politiques publiques, mettant l'accent sur l'action communautaire, l'accessibilité aux soins et la nécessaire interdisciplinarité à l'échelle de la société tout entière (2).

(1) Schmucki MD, *Examens de l'OCDE-OMS des systèmes de santé suisse: les principaux thèmes*, Sécurité sociale CHSS 2/2012: 61-63

(2) OMS: Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs.