

Avertissement

Ce document est constitué de notes personnelles prises par Camille Angelo Aglione. Son contenu n'engage ni les organisateurs ni les intervenants cités. Pour toute question ou remarque : camilleangelo.aglione@gmail.com

Table des matières

Quelles pistes pour réformer le système de santé suisse ?.....	2
Télémédecine pour stabiliser les coûts de la santé. Solution ou illusion ?.....	5
La «smarter medicine» pour stabiliser les coûts de la santé. Solution ou illusion ?.....	7
Quelles pistes de digitalisation pour le système de santé suisse?.....	9
Covid-19 et pénurie de personnel soignant: quelles leçons tirer?	11
Réformer le financement du système de santé.....	12
Changer de paradigme: vers une approche intégrative de la santé	15

La conférence peut être revue sur le site du Temps ou de l'Illustré

Un résumé des conférences a été publié par Cédric Garrofé :

<https://www.letemps.ch/evenements/pistes-reformer-systeme-sante-revivez-integralite-forum-sante>

Quelles pistes pour réformer le système de santé suisse ?

Anne Lévy

Directrice de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

La Suisse est confrontée à la plus grave crise sanitaire depuis des années et cette crise met clairement en évidence les forces et les faiblesses de notre système de santé.

Les forces :

Les soins sont d'extrême qualité. La grande majorité des patients admis dans le système hospitalier ont pu ressortir en bonne santé. Ce bon résultat est lié à notre système de santé mais aussi à la bonne santé de la population helvétique en général et le suivi des affections (diabète, problèmes cardiaques, etc.).

Les faiblesses :

Notamment dans le domaine numérique, même si une partie du retard a été rapidement comblé. Il demeure toutefois que notre système de santé est centré sur les soins aigus, nous l'avons constaté notamment dans la pénurie de moyens de protection des EMS. Par ailleurs la vulnérabilité de certaines populations, les migrants et les sans papiers notamment, a été soulignée par la crise.

Coronavirus et santé 20-30

Numérisation

Je souhaiterais désormais illustrer certains objectifs du plan « Santé 20-30 » à la lumière de la crise. Commençons par l'exploitation des données de santé et de technologies. Les systèmes des hôpitaux, qui étaient jusqu'alors éparsent, sont désormais collectés sur des plateformes communes, notamment dans le cadre du Dossier électronique du patient (DEP). On peut également penser à la saisie numérique des primes d'assurances maladie. Mais comme dit, les efforts dans la numérisation doivent être renforcés, notamment dans le domaine ambulatoire. L'accès à des données fiables, par exemple le nombre de lits disponibles, ou la protection des données personnelles, doivent être augmentés. Toutefois des progrès notables ont été rapidement réalisés, par exemple dans le cadre du développement de l'application SwissCovid. Bien entendu la crise a démontré des aspects à améliorer, notamment la saisie rapide et partiellement automatisée des données ou la disponibilité des informations thérapeutiques.

Renforcement des compétences de santé de la population

On peut penser aux mesures de distanciation sociale. Ce sont des mesures simples, économiques et efficaces. C'est pourquoi nous avons rapidement développé l'information et l'avons traduit et diffusé en mobilisant les partenaires et les médias.

Vieillesse en bonne santé

Nous savons que le vieillissement renforce les risques de développer une forme grave de maladie en lien avec le COVID-19. La prévention des maladies pulmonaires, de la démence ou des maladies cardiovasculaires sont dans ce cadre des mesures importantes. Une des priorités de santé 20-30 est

la prévention de besoins de soins pour les personnes âgées. Cela permet de décharger notamment les EMS mais aussi les proches aidants.

Voilà les pistes que je souhaitais mettre en avant. Nous avons vu que notre système de santé suisse fonctionne, même dans le cadre d'une telle crise. Il y a des améliorations bien sûr mais cela fonctionne.

Commentaires / Discussion

Craignez-vous une deuxième vague dans le cadre du COVID-19 ? Oui et c'est pourquoi des mesures doivent être prises. Les cantons les prennent en fonction de la situation de leur région.

Trouvez-vous que le fédéralisme fonctionne bien ? Absolument, cela montre que chaque canton a des problèmes qui leurs sont propres, les problèmes du canton de Vaud ne sont pas les mêmes que ceux du canton de St-Gall. C'est important pour l'acceptation de la population d'avoir des mesures ciblées.

Que pensez-vous de SwissCovid ? Cela fonctionne, même s'il n'y a que quelques dizaines de cas qui ont été identifiés.

Que pensez-vous de la réduction de la période de quarantaine ? L'OMS recommande quatorze jours et la Suisse a déjà raccourci à dix jours. Si on diminue encore on risque d'avoir des infections. Nous sommes persuadés que dix jours c'est quelque chose qui fonctionne bien.

Comment expliquer qu'au niveau mondial la Suisse est (classement IMD) en sixième position au niveau numérique alors qu'au niveau de la santé nous sommes en queue de peloton ? Nous n'avons pas un système centralisé et nous avons une approche bottom-up. Par ailleurs nous ne faisons jamais les choses à moitié, ce qui peut expliquer le rythme plus lent, mais ce sont de bonnes raisons.

Si on se penche sur le DEP, il aura un double caractère facultatif (pour les médecins et les patients), est-ce que cela peut fonctionner ainsi ? Oui je pense que c'est important pour l'acceptation. S'il y a des avantages, ce dont je suis convaincue, cela va fonctionner.

Finalement les assureurs ont aussi été exclus du DEP, pourquoi ? Pour des raisons de sécurité des données et aussi par choix du Parlement, ce qu'il ne nous (OFSP) revient pas de discuter

Que dire des réserves des assureurs, qui sont au double du minimum légal (11 milliards), ne pourrait-on pas les contraindre à réduire leurs réserves ? Les réserves sont importantes, toutefois il n'est pas acceptable qu'elles augmentent continuellement. A ce jour il n'existe pas de base légale pour les contraindre les assureurs de réduire leurs réserves, mais un projet est en cours.

Parmi les mesures présentées par Monsieur Berset il y a la suppression du libre choix du médecin. Pourquoi ce choix ? On ne supprime pas le libre choix. C'est juste une contrainte de d'abord aller voir son généraliste avant d'aller voir un spécialiste ? Je pense que c'est une mesure efficace pour éviter d'aller voir plusieurs médecins pour une même question.

En Suisse on ne dépense que 2 à 3% pour la prévention. N'est-ce pas choquant ? L'avantage de la prévention c'est qu'elle n'est pas chère. Ainsi le montant n'est pas important, regardez par exemple le lavage des mains, cela ne coûte rien et pourtant c'est efficace.

Comment réformer le système de santé ?

Télémédecine pour stabiliser les coûts de la santé. Solution ou illusion ?

Samia Hanuri

Médecin aux Hôpitaux universitaires genevois (HUG)

Si en matière de télémédecine la Suisse n'était pas en avance, la crise du COVID-19 a permis de développer la télémédecine. Pourtant la télémédecine ce n'est pas une idée nouvelle, cela date même d'un siècle.

Marier la médecine, les TIC et l'électronique telles sont les ambitions de la télémédecine. Si l'idée n'est pas nouvelle, c'est une évolution qui suit les développements des nouvelles technologies. Le premiers ECG sont envoyés en 1920 par voie électronique. En 1989 un patient est pour la première fois défibrillé à distance. Par la suite le développement du Web permet le développement des consultations à distance. Permettant de mettre en contact des personnes isolées et des spécialistes, la télémédecine permet également d'éviter les contagions lors d'épidémie. En Suisse aussi des solutions se développent, notamment MedGate qui gère chaque jours plus de 2'000 consultations par téléphone. La télémédecine peut-elle être une solution pour économiser dans le domaine des coûts de la santé ?

Est-ce que ce n'est pas triste de constater qu'il a fallu la crise du COVID pour que la télémédecine se développe ? Alors en effet cette offre de télémédecine n'était auparavant pas proposée à Genève. Il faut dire que contrairement aux Etats-Unis et au Canada, les problématiques de grandes distances et d'isolement ne sont pas les mêmes en Suisse. Cependant des consultations à distances ont déjà été développées il y a une dizaine d'année aux HUG, via le projet HUG@home. Cette application permettait à des infirmières des soins à domicile de coordonner des sorties hospitalières en organisant des consultations avec des patients âgées à domicile ou dans les EMS de la Fondation l'Age d'Or. Avec la crise COVID-19, la solution a été généralisée à des centaines de patients via Doctor@home. Si auparavant les consultations étaient coordonnées par les infirmières, avec cette nouvelle version les consultations mettent en relation directement le patient et le médecin. L'outil a été simplifié, c'est un simple lien qui est envoyé par SMS.

Les patients, plutôt âgés, n'ont-ils pas été démunis face à cet outil numérique ? Dès le début nous souhaitons un outil simple, aussi pour les professionnels. Nous avons fait des focus groups pour nous assurer que l'outil soit le plus simple possible.

Et le rôle de l'infirmier ? Dans le cadre des téléconsultations coordonnées précédemment par les infirmières c'était un rôle important car elles réalisaient une évaluation clinique sur site avant d'engager la téléconsultation ou d'organiser si nécessaire une hospitalisation. On voit de plus en plus des infirmières en pratique clinique avancée, qui ont des compétences d'évaluation plus importantes.

Quels premiers enseignements ? Déjà nous avons eu un boom inespéré de la télémédecine aux HUG. Nous avons réalisé plus de 5'700 consultations. Nous nous rendons compte cependant qu'il y a

un certain nombre de freins et de limites car dès que les consultations physiques ont pu reprendre, le nombre de téléconsultation a chuté. Nous sommes en train d'évaluer les raisons de ce recul pour comprendre et accompagner les soignants, notamment dans l'évaluation clinique à distance.

Comment maintenir la qualité des soins et éviter des erreurs sans examiner en présentiel ? Il faut tout d'abord évaluer comment mettre en place une communication. Il faut aussi mettre des gardes fous, tous les patients ne peuvent pas être ainsi examinés. Par exemple, les patients qui ont des troubles cognitifs ou s'il faut un examen physique.

Est-ce que la télémédecine va permettre des économies ? On a essayé d'évaluer les coûts pendant la période de la crise. Dans 9 cas sur 10 on a pu garantir le maintien à domicile. Donc ne serait-ce que sur les transferts on a fait des économies. L'évaluation a surtout porté sur le maintien de qualité, qui a été prouvé dans les cas notamment des suivis de patients diabétiques.

Quel est le rôle des algorithmes dans l'assistance à domicile ? Nous avons fait le choix dans le cadre de ce projet de ne pas les utiliser. Les focus groups ont démontrés que les patients souhaitent avoir rapidement un contact avec un professionnel.

Avez-vous testé la satisfaction des utilisateurs ? Oui nous le faisons de manière continue, notamment par un questionnaire au terme de chaque consultation. Côtés soignants nous avons eu un retour très positif. Côté patient, la majorité ne prennent pas le temps de répondre au sondage.

La «smarter medicine» pour stabiliser les coûts de la santé. Solution ou illusion ?

Omar Kherad

Chef de médecine interne à l'Hôpital La Tour

La smarter medicine c'est une campagne qui vise à lutter contre les méfaits de la surmédicalisation. C'est le *less is more*. Autrement dit, parfois un excès de soins, apporte moins de bénéfices que l'absence ou moins d'action. L'objectif prioritaire de la smarter medicine ce n'est pas de faire des économies, c'est de renforcer la qualité des soins. Les interventions médicales sont évaluées sous l'angle des risques.

Cela fait depuis 2014 que la smarter medicine est en cours en Suisse. Cela a commencé par la publication des actes médicaux inutiles. Cela ne suffit pas cependant et c'est pourquoi nous sommes convaincus que c'est une approche multimodale qui permettra d'aller dans le sens de la smarter medicine. Il faut souligner que les médecins sont assez enclins avec les principes de la smarter medicine, mais lorsqu'un traitement ou surtout un nouveau traitement est disponible, le biais cognitif pousse le professionnel à agir plutôt que de ne rien faire.

Il y a des campagnes connues comme « les antibiotiques ce n'est pas automatique ». Mais prenons deux exemples suisses : les transferts des patients entre hôpitaux. En analysant dans notre situation les transferts entre l'hôpital de la Tour et les HUG nous avons constaté que 50% des examens étaient refaits et ceci dans la majorité des cas sans bénéfice pour le patient mais simplement à cause d'habitudes. Autre exemple : sur 2'000 examens de radiologie, plus de la moitié étaient inappropriés.

La médecine est enseignée, donc il est vrai que nous prenons des habitudes. Il y a un curriculum caché dans la formation médicale qui est de poser un diagnostic, ce qui suppose de faire des examens. A nous désormais de montrer que des résultats peuvent être obtenus différemment. C'est pourquoi nous souhaitons infiltrer la formation universitaire, notamment à l'université de Genève.

Les patients ont des craintes face à la smarter medicine est ce sont des craintes légitimes. Ces craintes sont en partie liées à la confusion entre rationalisation et rationnement. Il revient aux professionnels de la santé de prendre le temps d'expliquer les risques d'une intervention, ce qui demande évidemment du temps. Un exemple simple (étude en France) c'est le taux de prescription d'antibiotiques pour des infections des voies aériennes (souvent d'origine virales, donc ne nécessitant pas d'antibiotiques) qui augmente au fur-et-à-mesure de l'avancement de la journée. Autrement dit, plus le temps s'écoule, moins vous avez de temps pour expliquer les risques au patient, plus vous êtes tenté de lui prescrire des antibiotiques.

Le mouvement smarter medicine vise donc aussi à pousser les patients eux-mêmes à questionner leur médecin sur les risques et les alternatives. Les médecins souffrent forcément de la bureaucratisation. La plupart des médecins travaillent en réseaux et doivent justifier, sur bons de délégation, les envois auprès des spécialistes. Cela limite évidemment le temps que l'on peut

consacrer au patient. C'est pourquoi il est d'autant plus important que le patient en face de nous soit « éduqué » à la smarter medecine.

Je vous ai dis qu'environ 20 à 30% des actes médicaux sont potentiellement inadéquats. Donc on pourrait s'attendre à ce que les économies soient du même ordre. Toutefois, je rappelle que la priorité de la smarter medecine c'est d'augmenter la qualité. S'il y a des économies à la clé tant mieux, mais ce n'est pas l'objectif. Des exemples, notamment les diminutions de prescriptions de vitamines au Canada ou les transfusions sanguines (en Suisse) ont permis cependant de réaliser grâce à des gains de qualité de traitement, également des économies.

Quelles pistes de digitalisation pour le système de santé suisse?

Karin Perraudin

Présidente du Conseil d'administration du Groupe mutuel

Est-ce que vous avez téléchargé l'application SwissCovid ? Bien sûr, je pense que c'est important que chacun à son niveau contribue à réduire les risques.

Où en est la Suisse au niveau de la numérisation de son système de santé ? On parle tous de numérisation, ce sont des discours intéressants mais on constate un décalage entre les faits et la réalité. Alors un exemple que je voulais montrer c'est que pendant cette pandémie lorsque les médecins devaient transmettre les cas COVID-19 à l'OFSP ils devaient le faire par fax. Bien sûr ce n'est qu'une anecdote mais on se rend compte que nous avons du retard. Deux chiffres extraits d'une enquête réalisée par l'Observatoire national de la santé publique l'illustrent. Ils montrent que parmi les médecins seuls 70% enregistrent leurs consultations de manière électronique et que moins de la moitié se déclarent prêts à utiliser le DEP lorsqu'il sera disponible. Il s'agit donc de convaincre les professionnels qu'il y a une utilité à utiliser ces outils et aussi leurs donner les moyens techniques de le faire. Il s'agit d'accompagner au mieux le patient dans son parcours de soin.

Plusieurs internautes ont posé des questions sur le DEP, mais tout simplement : ne faudrait-il pas le rendre obligatoire ? Je n'aime pas le mot obligatoire. Je pense qu'il faut convaincre de l'utilité et l'adhésion se fera. Il y a une crainte aujourd'hui, compréhensible, sur la protection des données. Je suis convaincue cependant que le bénéfice sera tellement grand pour le patient que cela incitera à l'utiliser.

Mais dans les faits, le DEP est enlisé depuis longtemps. C'est en lien avec ce que je viens de dire. Tant que la base n'est pas intégrée, le système ne va pas fonctionner. Il faut donc commencer par former les professionnels de la santé sur l'utilité d'intégrer les données numériques et sur des bases communes.

La loi interdit l'accès des données du DEP aux assureurs, qu'en pensez-vous ? Certains assureurs le réclament, nous pas. Nous avons déjà des initiatives de récoltes de données auprès des assurés volontaires, ceci pour les accompagner dans leurs parcours de santé. Nous allons continuer les démarches en ce sens, mais nous n'avons pas de volonté d'avoir plus de données. Nous ne souhaitons pas faire de la sélection des risques.

Que font les assureurs pour digitaliser ? Nous avons d'abord tout un programme d'innovation que nous avons lancé il y a plusieurs années. Nous souhaitons changer notre rôle de payeurs de factures en accompagnant le patient tout au long de son parcours de soin. Nous avons notamment développé my Health Check. C'est une application qui permet d'offrir aux citoyens suisses un premier diagnostic, qui pourra ensuite lui donner accès soit à un médecin, soit à une commande de médicaments.

Bon vous connaissez la réaction de beaucoup de patient : méfiance vis-à-vis d'un assureur qui a de plus en plus de données. Ce n'est pas la voie que nous avons choisie. Nous avons choisi une voie de prévention et ne souhaitons pas développer une logique de bonus-malus. Nous sommes des assureurs de la santé, pas de choses. Les gens que nous accompagnons n'ont pas choisis d'être malade et nous souhaitons les accompagner au mieux.

D'autres actions, notamment le contrôle automatique des factures, est-ce que cela existe ? Oui nous essayons d'automatiser un maximum nos processus. Certains contrôles des factures sont automatisés et permettent de réduire d'environ 10% les coûts. L'utilisation d'algorithmes ou la dématérialisation des factures nous permet aussi d'intervenir sur la détection d'interventions inutiles.

Vous parlez d'automatisation mais pourtant vous engagez de nombreux nouveaux collaborateurs... Nos coûts administratifs sont à 5%, ce qui est bien inférieur à la SUVA et proche des autres assureurs maladie. Ceci dit il est vrai que nous engageons car nous avons décidé d'internaliser les activités de courtage, qui étaient jusque là confiés à des entreprises externes. Même si nous parlons de digitalisation et nous nous y engageons, nous voyons aussi la nécessité d'avoir un réseau de points de conseil physiques, avec de vrais gens.

Quelles sont les pistes pour réformer le système de santé Suisse ? Je m'étais concentrée sur les défis de la digitalisation. Ceci dit, je vois un vrai défi dans le rôle du patient, qui sera de plus en plus important. Le patient souhaite être désormais un partenaire. Pour moi le patient sera demain au centre, on aura une personnalisation de la médecine et on va passer du *cure* au *care*. Notre rôle est de maintenir les gens en bonne santé.

Quelle est votre position par rapport aux médecines alternatives ? Je suis convaincue qu'elles sont utiles au traitement. Si la question concerne le remboursement c'est autre chose.

Et par rapport aux réserves, ces dernières seront-elles utilisées pour stabiliser les primes ? La loi nous interdit d'utiliser les réserves pour diminuer les primes. Toutefois, nous au GM nous nous sommes fixés une limite dans nos réserves et cette année nous allons procéder à un remboursement de nombreux assurés, en répercutant les différences lors du bouclage entre les prévisions des dépenses en 2019 et le résultat effectif.

MIGROS : quel est votre rapport avec ce nouvel acteur ? Il y a d'autres acteurs qui ne sont pas nécessairement actifs dans le domaine de la santé qui vont entrer dans ce domaine. Il y a la MIGROS mais on peut penser aussi aux GAFA. Alors des fois quand on a peur de l'assureur, il faut aussi se dire que l'assureur c'est une entreprise suisse, très réglementée.

Question d'un internaute, anonyme, qui se demande le montant de votre salaire. Je pensais que ce sujet n'était plus d'actualité puisque nous le publions dans le rapport annuel. Alors allez le lire et vous retrouverez tous les chiffres.¹

¹ « La rémunération annuelle totale des membres du conseil d'administration est également plafonnée, quel que soit le nombre de postes d'administrateurs qu'ils occupent au sein des sociétés du Groupe Mutuel Holding SA. Le plafond est de Fr. 220'000.– pour le/la président(e) et de Fr. 100'000.– pour les autres administrateurs. » [Rapport annuel 2019 du Groupe mutuel](#)

Covid-19 et pénurie de personnel soignant: quelles leçons tirer?

Jacques Chapuis

Directeur de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source

De nombreux étudiants sont intervenus dans les lieux de soins pendant la crise. Quels enseignements en tirer ? Des retours que nous avons eus nous avons entendu que les étudiants ont dû faire preuve de beaucoup d'adaptabilité. Si dans les hôpitaux la situation était sous contrôle, dans certains EMS, il a fallu créer soi-même son matériel de protection. A domicile c'était l'isolement social qui était flagrant. Dans ce domaine je dirais aussi qu'à domicile, les patients atteints dans leur santé mentale, ont vraiment passé une très mauvaise période. Cela signifie dans le fond que les gens qui sont intervenus, ont dû prendre en compte la personnalité des patients dans leur ensemble.

Est-ce que vous pensez que les étudiants étaient suffisamment prêts ? Tous les étudiants ont été sollicités à un moment ou à un autre, de la première à la troisième année. Pour répondre à votre question concernant les étudiants qui étaient en fin de troisième année, ils ont le plus souvent dit qu'ils avaient été précipités dans l'exercice professionnel, avec un encadrement limité, mais qu'ils ont pu développer leurs compétences et ont, pour la plupart déclarés qu'ils se sentaient prêts.

Le confinement a montré que nous pouvions réagir rapidement mais aussi démontré notre dépendance au personnel étranger. Quels sont selon vous les solutions que nous pourrions envisager pour réduire la pénurie ? Ce qui est le plus inquiétant c'est la perspective de pénurie liée au vieillissement du personnel en poste et l'accroissement des besoins. Il est indiscutable que nous devons transformer notre habitude de centraliser via l'hôpital et renforcer le communautaire, les soins à domicile. L'enjeu est important, on parle, tout niveaux confondus de 65'000 personnes, 35'000 si on pense uniquement aux infirmières et infirmiers. La dépendance à l'étranger demeurera c'est clair, mais même comment attirer plus de gens dans la formation ? Il faut la rendre attrayante mais il faut aussi garder les gens en emploi plus longtemps.

Pourrait-on envisager une filière d'infirmiers qualifiés qui puissent rendre un premier diagnostic ? Evidemment, je soutiens ce profil de Nurse practitioner (NP) dont les premiers diplômés viennent d'arriver sur le marché. Ce sont des infirmières et infirmiers extrêmement formé.e.s, qui ont un droit d'élargir le spectre de leurs activités à la réalisation de certains actes médicaux, notamment certains diagnostics. Je pense que le futur sera fait de cabinets composés de plusieurs médecins, qui travaillent en interdisciplinarité avec des infirmiers, notamment des NP. Mais même au niveau du Bachelor, les infirmiers sont formés au Nurse Evidence Based.

Qu'en est-il de la reconnaissance de la profession ? On a vu les gens aux balcons pendant la crise applaudir. C'était fort sympathique mais vite oublié. Une initiative a été déposée au niveau fédéral, rejetée par le Conseil fédéral et en débat au niveau des chambres qui ont finalement plus soutenu la profession que le Conseil fédéral et son Office fédéral de la santé publique.

Réformer le financement du système de santé

Véréna Nold, Directrice de santésuisse

Laurent Kurth, Conseiller d'Etat neuchâtelois en charge de la santé

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'augmentation des coûts. Il y a notamment le vieillissement de la population. Les maladies non transmissibles sont également de plus en plus répandues dans la population. Mais ces deux éléments n'expliquent pas à eux seuls l'augmentation des dépenses. Si le nombre de consultations par personne est plus faible en Suisse qu'en Europe, le coût de ces consultations sont plus élevés. Par ailleurs le système, qui rémunère à l'acte, peut inciter les professionnels à prescrire certains actes au détriment d'autres. La Suisse compte par exemple le plus haut taux de scanners et d'IRM par personne au monde. Le coût des médicaments explique également une partie des frais. Alors qui paie ? En partie les ménages et en partie les pouvoirs publics qui compensent. La Suisse est ainsi, juste derrière les Etats-Unis, le pays au monde avec les coûts de la santé les plus élevés.

Laurent Kurth vous êtes depuis huit ans au gouvernement neuchâtelois. Il y a-t-il un pilote dans l'avion du système de santé ? Non. Madame Lévy disait tout à l'heure que nous avons un très bon système de santé, je ne partage pas du tout ce constat. Personne ne pilote le système, alors qu'il est pourtant financé par une sorte d'impôt.

Il accorde trop de poids aux assureurs ? Il accorde trop de poids aux soins. Dans notre pays, tout ce qui n'est pas délégué à la Confédération, est de compétence cantonale. Dans le même temps, le financement du système de soins est de compétence fédérale. On a donc privé les cantons du pouvoir de régulation qui leur permettrait de parler de la coordination des soins, de la qualité des soins, des conditions pour les professionnels des soins etc. en développant la LAMal. La Confédération ne peut pas régler ces sujets puisqu'ils sont de compétence cantonale, mais le financement, les incitatifs, se règlent via la LAMal, réglé par le Parlement. Notre système de santé est malade, nous avons besoin d'une loi qui clarifie ce qui relève des cantons et ce qui relève de la Confédération. Pour prendre un exemple : dans mon canton cela fait cinq ans que j'attends une décision fédérale concernant un souhait que nous avons que les acteurs qui agissent dans le domaine de la santé, appliquent une CCT cantonale. Cela fait cinq ans que le tribunal fédéral s'interroge pour savoir si nous avons le droit de le faire.

Les cantons ont aussi leur part de responsabilité dans ce système de soins à la dérive. On subit cette spoliation des prérogatives cantonales, mais on peut en effet nous reprocher de ne pas véritablement nous engager pour récupérer ces prérogatives. On l'a vu pendant la crise COVID-19. Pour appliquer les directives fédérales, la conférence des directeurs de la santé était adéquate, elle l'a beaucoup moins été pour faire des propositions.

Pourquoi ne pas vous redonner ces prérogatives ? Si je regarde au niveau des polices ou de l'école, les cantons ont vraiment pu réaliser des avancées avec leurs compétences et en coordination. Dans le domaine de la santé, le droit fédéral qui vient du Parlement qu'est la LAMal, qui n'est pas exécuté

par le pouvoir fédéral mais confié aux cantons qui deviennent des exécutants, rend le système malade.

Mais lorsque le Conseil fédéral vous a remis les compétences dans le cadre de la crise, on a eu l'impression que les cantons ont été incapables de parler d'une seule voix. Il y a deux dimensions. Il y a des situations différentes dans les cantons et les réponses doivent être différentes. Ensuite il y a la nécessité de se coordonner, notamment d'avoir des critères communs. L'épisode COVID-19 a été révélateur d'une sorte d'habitude des cantons de ne plus avoir de prérogatives.

Madame Nold, est-ce qu'il y a un pilote dans l'avion ? Oui, il y en a plusieurs. Le Conseil fédéral et 26 co-pilotes que sont les cantons. Mais il y a aussi les voies aériennes, le cadre, que définit le Parlement. Pourquoi ? Parce que nous sommes une démocratie et les compétences sont répartis. Tout est clair et le Parlement définit des règles claires.

Mais justement, Monsieur Kurth dit que le système répond plus à une logique de soins que de santé. En termes de santé publique nous travaillons ensemble assureurs et cantons dans le cadre d'une Fondation qui réalise des actions de prévention et de santé publique.

La commission de santé a enterré la réforme du prix des médicaments, c'est un regret pour vous ? Oui, les médicaments coûtent très chers, plus chers chez nous que chez les autres. C'est dommage, car nous pourrions économiser dans les coûts de la santé et ainsi diminuer les primes.

Quels sont vos projets ? Il y a la planification hospitalière, là c'est le rôle des cantons de gérer l'offre. Dans le canton de Neuchâtel j'espère que vous travaillez avec Berne et les hôpitaux universitaires.

Vous estimez qu'il reste trop d'hôpitaux de soins aigus ? On estime qu'il y a assez d'hôpitaux mais ils doivent se spécialiser. C'est une compétence cantonale de déterminer qui fait quoi.

Monsieur Kurth ? Je ne peux pas entendre qu'un système est efficace quand un système consacre 80% des dépenses pour 20% des facteurs de santé. Les déterminants de la santé sont essentiellement des éléments d'environnement, d'épigénétique et de génétique. Dans n'importe quel système, un pilote, comme le Parlement, donne des prérogatives à un exécutif du même rang. Concrètement on a un système où le Parlement fédéral confie l'exécution au niveau cantonal. Ainsi personne ne peut rien dire à personne. On a un système qui mérite d'être réformé. Il est urgent que la LAMal se limite aux questions de financement et ne se préoccupe pas de planification notamment. Il faut une législation pour le système de financement et une pour le système.

Madame Nold ? Nous nous sommes mal compris. Je ne souhaite pas que les assureurs fassent de la planification, j'invite les cantons à le faire et de le faire de manière coordonnée.

Monsieur Kurth, vous n'avez pas répondu à la question de la planification hospitalière. On sait que la question est explosive chez vous, alors avez-vous fait vos devoirs ? La planification hospitalière se passe bien chez nous, l'organisation a été plus complexe mais cela a été un vote démocratique et populaire. Heureusement toutefois que nous n'avons pas en plus des contraintes externes pour nous dire comment mener le débat. Aujourd'hui nous avons deux sites qui sont organisés au sein d'une même structure. Il y a des doublons dans la prise en charge générale et des rassemblements dans les spécialités.

Mais est-ce qu'on ne peut pas aller plus loin que les frontières cantonales et penser en termes de bassins de population ? Oui on peut mais il ne faut pas que la LAMal fixe les règles. Comme dans l'école et dans la police, il faut que les cantons aient la liberté nécessaire.

Madame Nold, il y a deux associations de caisses. Parfois on a l'impression que cela suscite une confusion sur les réformes à faire. Non, dans 95% des cas nous sommes d'accord, en particulier dans la lutte contre l'augmentation des coûts.

Mais Curafutura a proposé tardoc au Conseil fédéral. Vous n'êtes pas dans cette réforme, pourquoi ?

Nous ne connaissons pas le contenu de ce tardoc parce que nous avons dit que le plus important c'était que le coût soit au final moins cher que l'actuel. Notre voie dans l'ambulatoire c'est d'avoir des tarifs forfaitaires. Dans le domaine stationnaire nous connaissons ces forfaits par cas et cela permet de stabiliser les coûts.

Que proposez-vous comme alternative à tardoc ? Et bien justement avoir un système de forfaits, il en faudrait environ 200 dans le domaine ambulatoire. Cela permettrait d'avoir, peu importe l'hôpital ou le médecin, une prestation au même prix partout. Nous sommes persuadés que nous pouvons économiser des millions de francs.

Laurent Kurth ? On a introduit avec la LAMal des systèmes où 100% du financement est lié à l'acte. On a gentiment oublié que l'acte doit se produire dans le cadre d'une infrastructure, qui doit par ailleurs être financée. Dans les faits plus d'actes permettra d'avoir plus de financement pour les professionnels, ce qui n'incite pas faire des économies.

Madame Nold les questions des internautes portent sur les réserves. Est-ce qu'on a n'a pas raté une occasion de faire diminuer les primes cette année ? Oui ben heureusement qu'on a des réserves. Les réserves représentent trois à quatre mois de primes. Cela permet d'éviter les effets yoyo. Dans le passé nous avons pris les réserves pour diminuer les primes et par conséquent deux années plus tard on a augmenté les primes de 10%. Pour stabiliser les coûts des primes il faut stabiliser les coûts.

Quel est le budget de santésuisse et mon salaire ? Mon salaire est celui d'un bon généraliste. Le budget de santésuisse est lui financé via les cotisations des membres.

Une dernière question Monsieur Kurth. Quels sont vos indices d'espoir pour réformer le système de santé ? De nombreux projets sont en cours et nous devons aussi continuer à faire valoir le bien-être et la santé plutôt que les soins.

Changer de paradigme: vers une approche intégrative de la santé

Eric Bonvin, Directeur général de l'Hôpital du Valais
Bertrand Kiefer, Rédacteur en chef de la Revue médicale suisse

Le concept de médecine intégrative est né aux Etats-Unis et n'a cessé, là-bas de prendre l'ampleur. Il s'agit d'associer des mesures de prévention, des mesures de médecine complémentaire et une offre classique. En Suisse cela débute mais reste encore assez rare.

Bertrand Kiefer est-ce que cette médecine intégrative pourrait « soigner » notre système de santé ?

Oui c'est très important de penser comment la médecine, en tant que science, s'est construite. Contrairement aux autres sciences, qui se sont construites par des questionnements des chercheurs, en médecine ce sont les plaintes du sujet qui ont construit le système de diagnostics et de traitement, jusqu'à la médecine moléculaire. Le problème de ce système c'est qu'il ne répond qu'à une petite partie du problème. On a donc un système de maladie qui n'est pas un système de santé et de la place pour d'autres approches.

Vous avez évoqué lors de la préparation, l'écosystème de soins, qu'est-ce que c'est ? C'est mettre au centre l'individu mais dans un contexte. C'est considérer que le patient peut recevoir des apports bénéfiques pour sa santé de la part de l'ensemble de ces déterminants. L'approche doit donc être multidisciplinaire et coordonnée. La qualité de l'environnement, la réponse à des besoins particuliers (les douleurs ou les maladies chroniques) doivent faire partie des approches.

Eric Bonvin, je rebondis sur cette phrase. Vous me disiez en préparation que le patient était encore trop souvent « l'autre » de la médecine. En quoi est-ce important d'intégrer le patient comme acteur du soin ? Je pense que notre médecine s'est orientée dans une voie qui est celle du traitement des maladies et non le soin du malade. Nous sommes partis d'une vision implicite dans la discipline qui était de résoudre la cause en pensant que cela résoudrait le problème. Or on a fait fausse route, car le patient demeure et il est porteur de la maladie. Il faut donc remettre au centre la finalité de la médecine. On le voit aujourd'hui dans le débat, on est perdu face à cet objectif. On parle de santé mais on ne sait pas ce que c'est. On ne peut plus dire que c'est simplement l'absence de maladies, que par ailleurs on s'ingénie à découvrir de mieux en mieux. On pourrait à l'inverse penser que la médecine c'est l'absence de souffrance. N'oublions pas que la médecine peut agir parce que le patient lui permet et il donne cette permission car il souffre. La question du soulagement des souffrance s'est éloignée de la médecine. Attention à ne pas penser non plus que la souffrance est uniquement lié à une maladie.

On voit que les gens ont envie de prendre une part de plus en plus active à leurs soins et à la santé. Est-ce qu'il y a aussi une recherche de bien-être qui pourrait être valorisée ? C'est un besoin inhérent à l'être humain que de composer avec l'environnement, pour s'adapter au mieux. C'est ainsi qu'il faut comprendre ce qui se joue autour de la quête d'autres médecines. On diagnostique de plus en plus de maladies, qui durent de plus en plus longtemps et pour lesquelles notre médecine a de moins en moins de réponses. Il est donc essentiel que chacun compose, bricole. Ce que l'on observe aussi

c'est que lorsque des personnes recourent à des soins alternatifs ils sont actifs et ce dynamisme est important à mon sens.

On sait que la population suisse a beaucoup recours aux médecines complémentaires mais on constate aussi qu'une forte proportion de patients n'osent pas le dire à leur médecin conventionnel. Comment l'interpréter, Bertrand Kiefer. Oui, mais on progresse. Cela dit on devrait pouvoir venir comme on est, d'un côté comme de l'autre. C'est ce regard sur le patient qui est fondamental, accepter qu'il soit co-thérapeute dans sa maladie. Les maladies, surtout chroniques, deviennent tellement complexes, qu'on ne peut plus se passer de l'adhésion du patient.

Eric Bonvin ? Ce qu'il y a de très intéressant quand on exerce dans les différents domaines c'est de voir que chacun a ses limites. On gagne dans la collaboration entre les systèmes. On voit que dans notre réalité qui met les systèmes en concurrence, cet appel à la collaboration est mal perçu, alors que c'est extrêmement précieux, pour comprendre et prendre en compte la diversité qu'est l'être humain. Ce qui est intéressant ce n'est pas de savoir ce qui est vrai, mais ce qui est utile, au sens du patient.

Quel serait le travail à enclencher pour que cette ouverture se généralise plus ? Bertrand Kiefer.

Il y a plusieurs endroits où il s'agirait de parler, de débattre. Une médecine complémentaire peut avoir une efficacité prouvée scientifiquement. L'acupuncture par exemple sera reconnue sur certaines douleurs dorsales plus efficace que les placebos par exemple. Mais au-delà de la reconnaissance scientifique, il y a tout un monde dans l'acupuncture, toute une culture, qui enrichit beaucoup les gens et qu'il s'agit de prendre en compte.

La médecine conventionnelle s'est largement construite sur la recherche de preuves, rejetant par exemple l'effet placebo. Est-ce qu'il faudrait repenser la position de la médecine sur ces alternatives, Eric Bonvin ? Oui. Plutôt que de travailler *contre* il faut que la médecine travaille *avec* l'effet placebo. Cela doit amener autant la médecine conventionnelle que les médecines alternatives à retrouver un ancrage sur terre. Je crois que la question du soin et de la médecine ce sont des questions de relation. Plus nous aurons des thérapeutes qui plutôt que de porter attention au patient, se concentreront sur une image IRM ou une théorie cosmologique, moins cela ira. Il faut porter attention à ce que dit le patient, notamment lorsqu'il dit qu'il va mieux ou moins bien.

Bertrand Kiefer, cette relation on va pouvoir la retrouver ? Oui, cette relation ne s'est pas complètement perdue. Alors on a une médecine de plus en plus technologique mais même il faut qu'elle se réconcilie au plus vite avec l'humain. Sinon la médecine sera coiffée par une logique économique et déshumanisée. Ce courage de réhumanisation est quelque chose sur lequel nous devons sans cesse insister.