

# ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTE EN FRANCE

# Une approche globale de la santé

- **Santé publique :**
  - promotion de la santé & prévention
  - santé-environnement
  - veille, crise et alerte sanitaire
- **Médecine de ville et hospitalière**
- **Accompagnement médico-social :**
  - personnes en situation de handicap
  - personnes âgées
  - personnes vulnérables

# Le soin

- Au niveau individuel : prise en charge du patient décomposée en actes de diagnostics, de prescriptions et d'interventions réalisées par le corps médical, le soin étant réalisé par le personnel soignant.
- Au niveau global : ensemble des actes permettant de prendre en charge une demande liée à une maladie, à la perte d'autonomie, à la vulnérabilité de l'individu.

- Soins de ville (ambulatoire)
- Soins hospitaliers
- Soins adaptés aux personnes vulnérables/ perte d'autonomie (médico-social)

# La santé publique

Concerne tous les facteurs qui concourent à la détermination de la santé des individus (environnement physique, social, conditions de vie ...).

- Trois objectifs :
  - Réduire au maximum les risques sanitaires
  - Garantir la meilleure qualité possible des soins en terme d'efficacité médicale évaluée et validée
  - Assurer la plus grande égalité possible vis-à-vis de la santé.

- Promotion de la santé et prévention
- Santé-environnement
- Veille, crise et alerte sanitaire

# Les dispositions réglementaires récentes (1)

---

- Loi du 04 mars 2002 : droit des malades, qualité du système de soins, démocratie sanitaire, réparation des conséquences des risques sanitaires, solidarité envers les personnes handicapées.
- Loi du 09 août 2004 : développer une politique de santé rééquilibrée entre prévention, soins et réadaptation. La place du médecin traitant est réaffirmée, il devient le coordonnateur du parcours de soins.

## Les dispositions réglementaires récentes(2)

- Loi du 21 juillet 2009 : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
  - Organisation territoriale du système de santé redéfinie. Création des Agences Régionales de Santé
  - Missions de l'hôpital précisées et les liens entre médecine de ville et hôpital renforcée.
  - Amélioration de l'accès à des soins de qualité
    - Permanence des soins organisée au niveau de chaque région
    - Pilotage par les agences des problématiques de démographie médicale
  - Prévention Santé Publique
    - Renforcer les politiques de prévention
    - Développer l'éducation thérapeutique du patient
    - Contrats locaux de santé à l'échelle des territoires de proximité

## Les dispositions réglementaires récentes(3)

- Loi du 26 janvier 2016 : modernisation de notre système de santé.

Cette loi s'inscrit dans la stratégie nationale de santé validée par le gouvernement en 2013.

Trois axes :

- Prévention
- Accès aux soins
- Innovation

Renforcement de la **démocratie sanitaire**.

Affirmation de la notion de **parcours de santé** (prise en charge globale de l'utilisateur).

# Le niveau national (1 )

---

L'Etat, soit directement, soit par l'intermédiaire des services en région :

- Assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies.
- Assure la formation des personnels de santé, participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des soins.

## Le niveau national ( 2 )

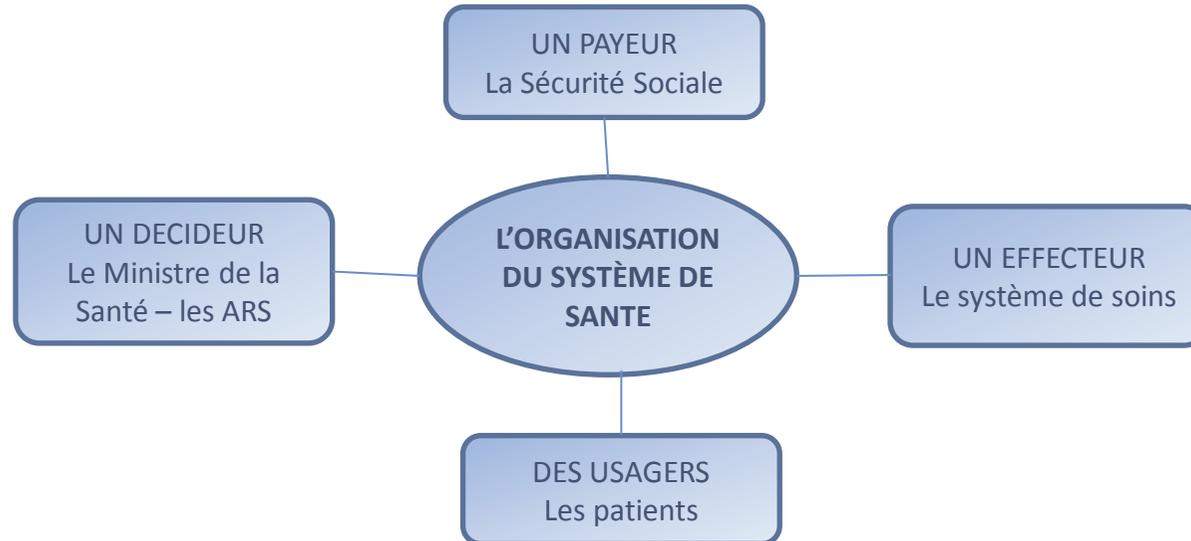
---

- Délègue l'organisation du système de santé aux Agences régionales de santé (ARS),
- Veille à l'adéquation des structures de soins et de prévention,
- Exerce la tutelle de la protection sociale, modalités de financement, règles de couverture de la population, veille à l'équilibre des comptes sociaux.

La politique de l'Etat est pilotée, managée, coordonnée par le Ministère de la Santé.

## Le niveau national (3)

Depuis 1996, le Parlement fixe chaque année les objectifs de dépenses et de recettes en adoptant la loi de financement de la Sécurité Sociale



Le Parlement :

- Approuve le rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale,
- Vote les dispositions nouvelles sur les prestations et sur la régulation du système de santé.

# Le niveau régional

- **Depuis 2010 les ARS :**
  - Sont en charge de :
    - La sécurité sanitaire,
    - L'organisation de l'offre de soins,
    - La répartition territoriale des professionnels de santé,
    - La permanence des soins,
    - La gestion du risque,
    - Le contrôle de la qualité,
    - La gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux,
    - La démocratie sanitaire.
  - Favorisent la coopération entre les professionnels de santé et les établissements de santé.
  - Contribuent au respect de l'objectif national des dépenses.

# Organisation et gouvernance territoriale (1)

- **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)**
  - Participer à la définition des objectifs et des actes de l'ARS dans ses domaines de compétences
  - Etre force de propositions
  - Avis sur Projet Régional de santé
- **Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé** (prévention, accompagnement médico-social).  
Siègent à ces commissions les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale...

## Organisation et gouvernance territoriale (2)

---

- Les Conseils Territoriaux de santé (CTS) au niveau départemental :
  - Le CTS contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du Projet régional de santé,
  - Il participe à la réalisation d'un diagnostic territorial partagé, il donne un avis formel sur le diagnostic santé mentale,
  - Est associé à la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé (PTS) qui vise à améliorer l'accès aux soins de proximité.

## Organisation et gouvernance territoriale (3)

- Les politiques régionales de santé s'inscrivent dans les axes de la Stratégie nationale de santé.
- A venir : **nouvelle Stratégie nationale de santé** (décembre 2017) :
  - 4 orientations :
    - La prévention et la promotion de la santé, axe central de la SNS
    - La lutte contre les inégalités sociales et territoriales
    - L'innovation pour transformer le système de santé et la place des usagers
    - La qualité des soins et la pertinence des soins

# Quelques ressources

---

- **La loi de modernisation du système de santé (2016)**  
<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>
- **L'Agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté**  
<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/>
- **Le Projet régional de santé (PRS) 2018-2022 : *le cadre d'orientation stratégique***  
<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/reagissez-sur-le-cadre-dorientation-strategique>
- **La Mission opérationnelle transfrontalière : Santé**  
<http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/themes/themes/theme/show/sante/>

**Merci de votre attention**

# Quelques éléments principaux sur le système de santé suisse

## Enjeux : menaces & opportunités

Nicolas E. Pétremand, chef du service de la santé publique de la RCJU

## Sommaire

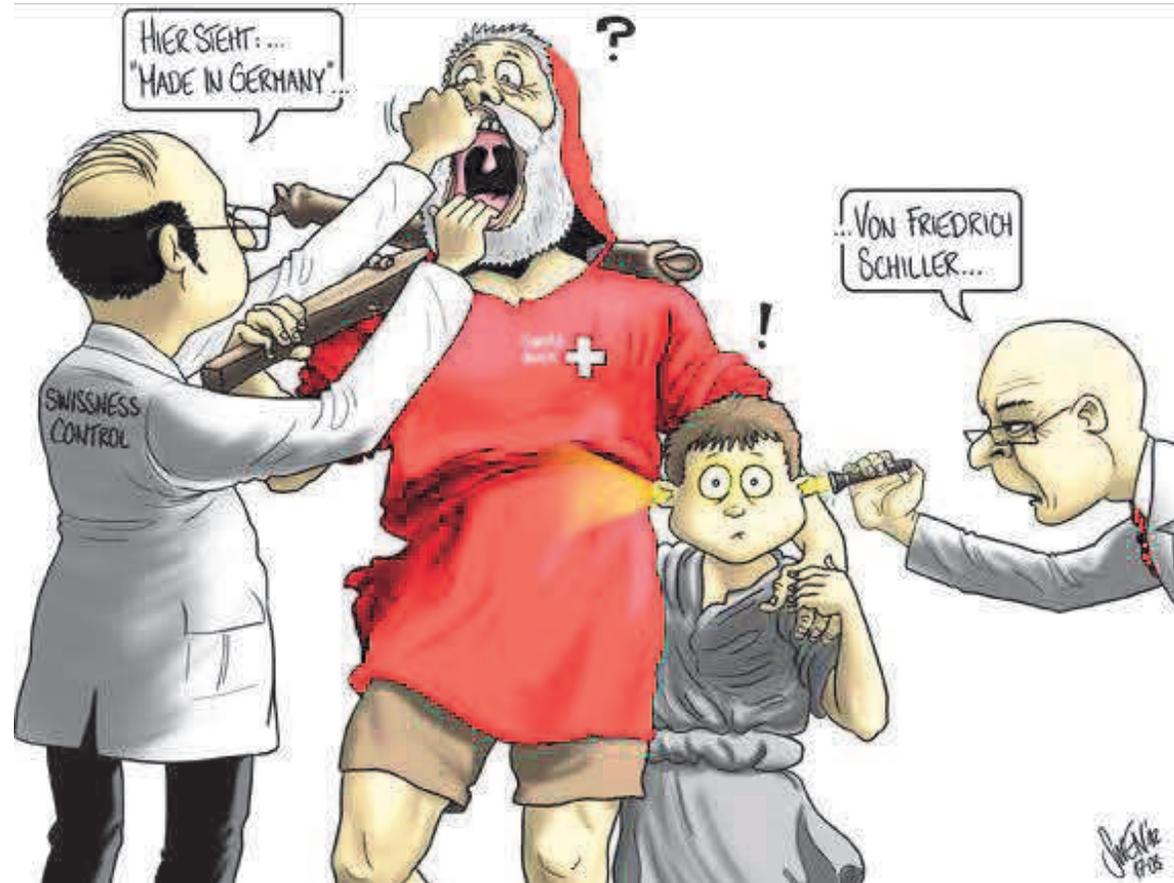
---

1. Le système suisse de santé
2. Les chantiers politiques actuels
3. Perception des enjeux : menaces et opportunités
4. Trois thèses pour l'avenir : intentions politiques
5. Pour aller un peu plus loin (annexes)

# 1. Le système suisse de santé

... est tout d'abord une invention des suisses!

Il fonctionne donc comme toute autre institution suisse !



## Constitution fédérale de 18.4.1999

"Article 3 : Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération."

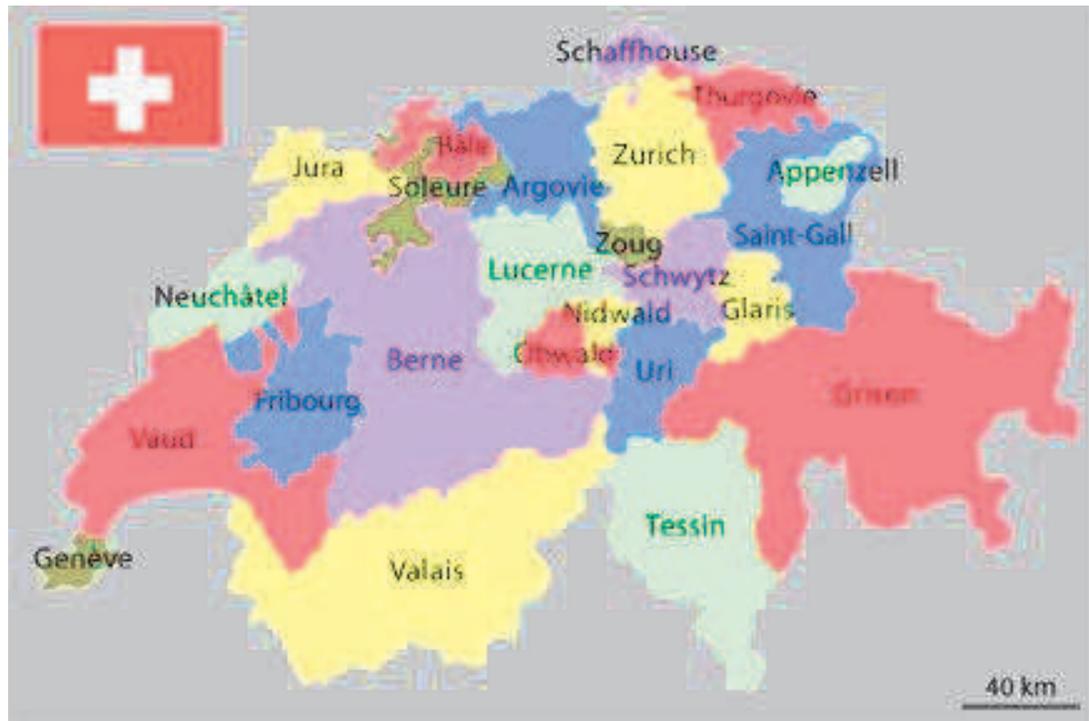
La Confédération dispose des compétences suivantes dans le domaine de la santé publique :

- Règlement assurance-maladie (LAMal) et ass. accident (LAA) (art. 117)
- Mesures pour la protection de la santé (art.118), les médecines complémentaires (118a), la recherche sur l'être humain (art. 118b)
- Procréation médicalement assistée, génie génétique (art. 119,120)
- Médecine de la transplantation (art.119a)

**Le reste est du domaine des cantons !**

**=> 26 "systèmes" de santé en Suisse !**

# La Confédération



La Confédération est compétente dans tous les domaines qui lui sont confiés par la **Constitution fédérale**: politique extérieure et politique de sécurité, douanes, monnaie et défense nationale en particulier.

Les tâches qui ne sont pas attribuées expressément à la Confédération **sont du ressort des cantons.**

# Répartition des compétences



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

- Défense
- Douanes
- Monnaie
- CFF
- Autoroutes
- Politique extérieure
- Droit fédéral



- Formation
- Santé
- Sécurité interne
- Fiscalité

# Organisation de l'Etat : France versus Suisse (2016)

## France

Etat Nation

**1 Nation**

**18 Régions**

101 Départements

342 Arrondissements

36'658 Communes

67 mios d'habts

## Suisse

Etat Fédéral

2'324 Communes

**26 Cantons**

**1 Confédération**

8.4 mios d'habts

## 2. Le chantiers politiques actuels

**1. Davantage et meilleure concurrence** (instrument primordial de la réforme)

**2. Transparence des coûts** et de la **qualité**

**3. Libre choix de l'hôpital** dans toute la Suisse

**4. Pilotage:** de la planification hospitalière **aux forfaits par cas**

5. Planification comme **réserve de pilotage** (basée sur **économicité & qualité**)

6. Planification **intercantonale** (régionale)

**7. Financement dual** (min. 55% des coûts par les impôts) **pour tous les Hôpitaux.**



### 3. Perception des enjeux : menaces et opportunités

**« Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité, un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté ».**

**Winston Churchill**



## Enjeux (... et chances!)

- a) Epidémiologie
- b) Démographie  
pop & médecins
- c) Qualité
- d) Adéquation
- e) Attentes patients
- f) Responsabilité acteurs

aigus → chroniques  
vieillesse de la population  
féminisation médicale  
évaluation externe  
eHealth (dossier électronique du patient)  
HTA ([swiss medical board](#))  
health literacy  
incitations correctes



## Menaces (... et chances!)

- |                      |   |
|----------------------|---|
| a) Opportunisme      | éthique de responsabilité,<br>« moral hazard » (aléa moral) :<br>modification de comportement<br>une fois assuré (après signature du contrat) |
| b) Méfiance          | erreurs, médecine défensive   |
| c) Financement       | solidarité limitée,<br>financement durable  |
| d) Régulation (Etat) | partenaires contractuels<br>concurrence internationale!   |
| e) Immobilisme       | nouvelles formes d'organisation<br>innovation   |
| f) Personnel         | nouveaux métiers, task shifting   |



## Trois thèses pour l'avenir : intentions politiques

---

✓ **Innovation**

(au *niveau des processus et des systèmes*)

✓ **Gouvernance**

(*répartition claire des rôles*)

✓ **Intégration**

(*plus de coordination, plus de responsabilité au front*)

✓ **Transparence**

(*de la qualité et des coûts*)

✓ **Comparabilité**

(*des services et des structures*)

✓ **Qualité**

(*nouvelles incitations, compensation des risques, Disease & Chronic Care Management*)

✓ **Economicité et efficience**

(*pression financière sur la « chaîne de production »*)

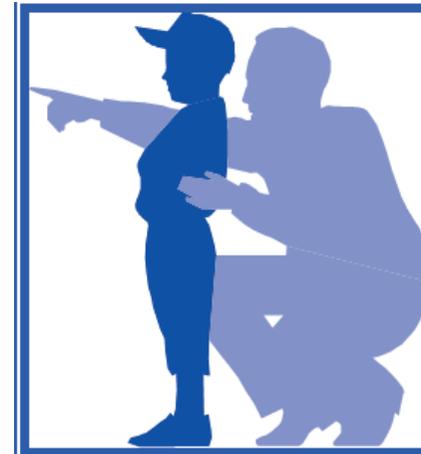


## Thèse 1. Autonomie hospitalière

### Hôpitaux autonomes, regroupés, en concurrence entre eux sur la qualité et le coût des prestations

Du moyen-âge au XIX<sup>ème</sup> siècle, les hôpitaux étaient des œuvres de bienfaisance pour les pauvres. Au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, ils sont devenus la plaque tournante des nouveaux systèmes de santé à financement solidaire.

Dans le futur, ils vont participer à des **réseaux de soins intégrés** avec pilotage interne du patient et financement par des **forfaits complexes** négociés entre partenaires tarifaires.



## Thèse 2. Rôle des Cantons

### Les Cantons vont récupérer le rôle primordial de régulateur et d'arbitre.

Du moyen-âge au XIX<sup>ème</sup> siècle, les hôpitaux sont gérés pas les ordres religieux. Après la deuxième guerre mondiale, ils sont assimilés à l'Etat cantonal, qui assume ainsi plusieurs rôles à la fois: régulateur, arbitre, fournisseur de prestations, payeur, voire même propriétaire. Cela entraîne des conflits de rôles et d'intérêt, et une distorsion de la concurrence.

L'Etat s'éloignera progressivement de la gestion directe pour accomplir au mieux son rôle primordial de régulateur et d'autorité de surveillance.



## Thèse 3. Concurrence internationale

**La concurrence deviendra internationale: des alliances vont se conclure en Suisse pour y faire face. Des opportunités peuvent exister avec les hôpitaux proches de la frontière.**



La mobilité de la population augmente continuellement, celle des patients aussi. Des nouveaux instruments (cybersanté) permettent la transmission immédiate de l'information du patient sur toute la planète.



De nouvelles règles vont affaiblir le principe de territorialité. La LAMal a été adaptée en ce sens. Depuis 2017, la prise en charge des coûts occasionnés à l'étranger sont possible sous certaines conditions (brèche dans le principe de territorialité de l'accord-cadre du 17 mai 2017!).

Ce ne sera plus seulement à la médecine de pointe de jouer sur le plan international, mais toute la médecine hospitalière.

**Opportunité pour des discussions entre HJU/CLEN et HNFC !**

**Le Politique peut favoriser/créer les conditions cadres nécessaires à ces développements /collaborations.**

**Merci de votre attention !**

**Pour aller un peu plus loin...**

**Annexes**

# Système de soins suisse : caractéristiques principales

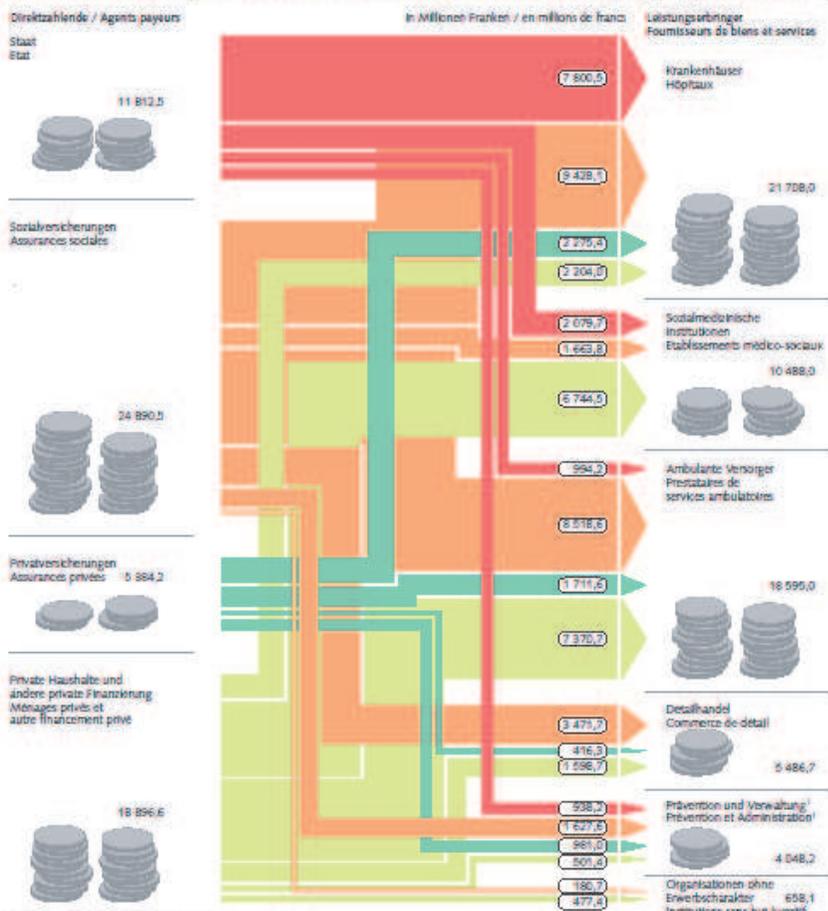
- LAMa (1911 à 1996) : loi fédérale inspirée d'un modèle bismarkien d'assurance-sociale («assurantiel» : obligatoire, cotisation non proportionnelle aux risques)
- LAMal (votation populaire : 1994, entrée en vigueur : 1996)
  - Système basé sur la concurrence entre caisses privées à but non lucratif, avec catalogue de prestations obligatoires et exhaustives ; prix régulés par cantons, voire régions et approuvés par l'autorité fédérale ; 246 assureurs en 1990, env. 80 en 2017. Caisse unique refusée par le peuple suisse en mars 2007 et 2010. Refus également que la prime soit définie en fonction du revenu; rappel : 1/3 de la population suisse bénéficient de subsides pour payer sa prime.
  - Affiliation obligatoire et obligation d'assurer (non-sélectivité des cas = libre choix de l'assuré) dès 1996. Catalogue de prestations large et identique pour toutes et tous.
  - Primes par tête; trois catégories d'âges et mécanisme de compensation des risques géré de manière centrale. Plusieurs niveaux de franchises possible pour réduire sa prime ; participation de 10% avec plafond annuel. Aide individuelle aux personnes à bas revenus (1/3 de la population !).
  - Compétences de planification et d'organisation du système (offre) : cantons ! (voir article 3 de la Constitution fédérale).



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
Bundesamt für Statistik BFS  
Office fédéral de la statistique OFS

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern und Direktzahlenden 2009  
Coût et financement du système de santé selon le fournisseur de biens et services et par agent payeur en 2009

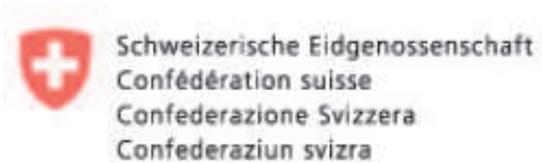


Quelle: Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens  
Source: Statistique du coût et du financement du système de santé © BFS / OFS

# Qui commande ?



# Répartition des compétences

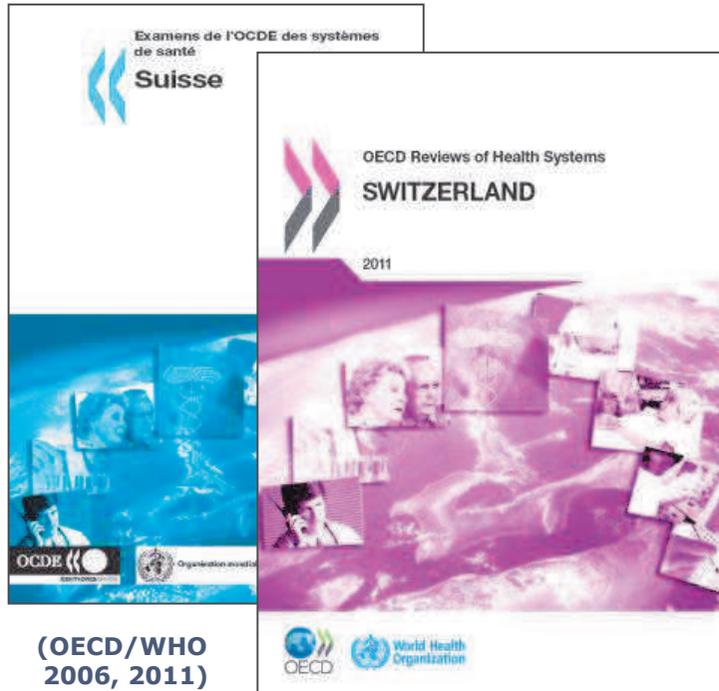


**Politique des assurances**



**Politique de la santé**

# Check-up du système de santé suisse (2006/2011)



## Problèmes:

1. Pilotage (*gouvernance*)
2. Incitations financières
3. Personnel de santé
4. Prévention et qualité
5. Distorsion de la concurrence

## Cantons: buts généraux prioritaires

1. Garantir les prestations de base et concentrer les prestations complexes, rares
2. Créer la masse critique nécessaire
3. Augmenter la compétence professionnelle
4. Documenter (Qualité, Sécurité)
5. Augmenter la compétitivité, l'attractivité
  - Pour la population, les patients, les médecins
  - Comme employeur
  - Comme centre de formation
6. Améliorer l'économicité.

# Contraintes exercées sur l'Hôpital

## Société

Démographie  
Course à la consommation  
Patients exigeants et informés

## Loi

Temps de travail  
Syst. de financement  
LAMal  
Canton: garantie des prestations de base

## Cadre médical

Progrès scientifiques  
Innovation  
Spécialisation  
Qualité, Sécurité

## Gestion

Marge de manoeuvre  
Augmentation des coûts  
Mesures d'économie cantonales  
Concurrence

HÔPITAL

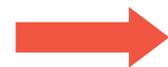
# Spécialisation



Masse critique



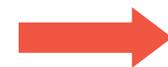
Bassin de réception/population



Concentration, pluridisciplinarité

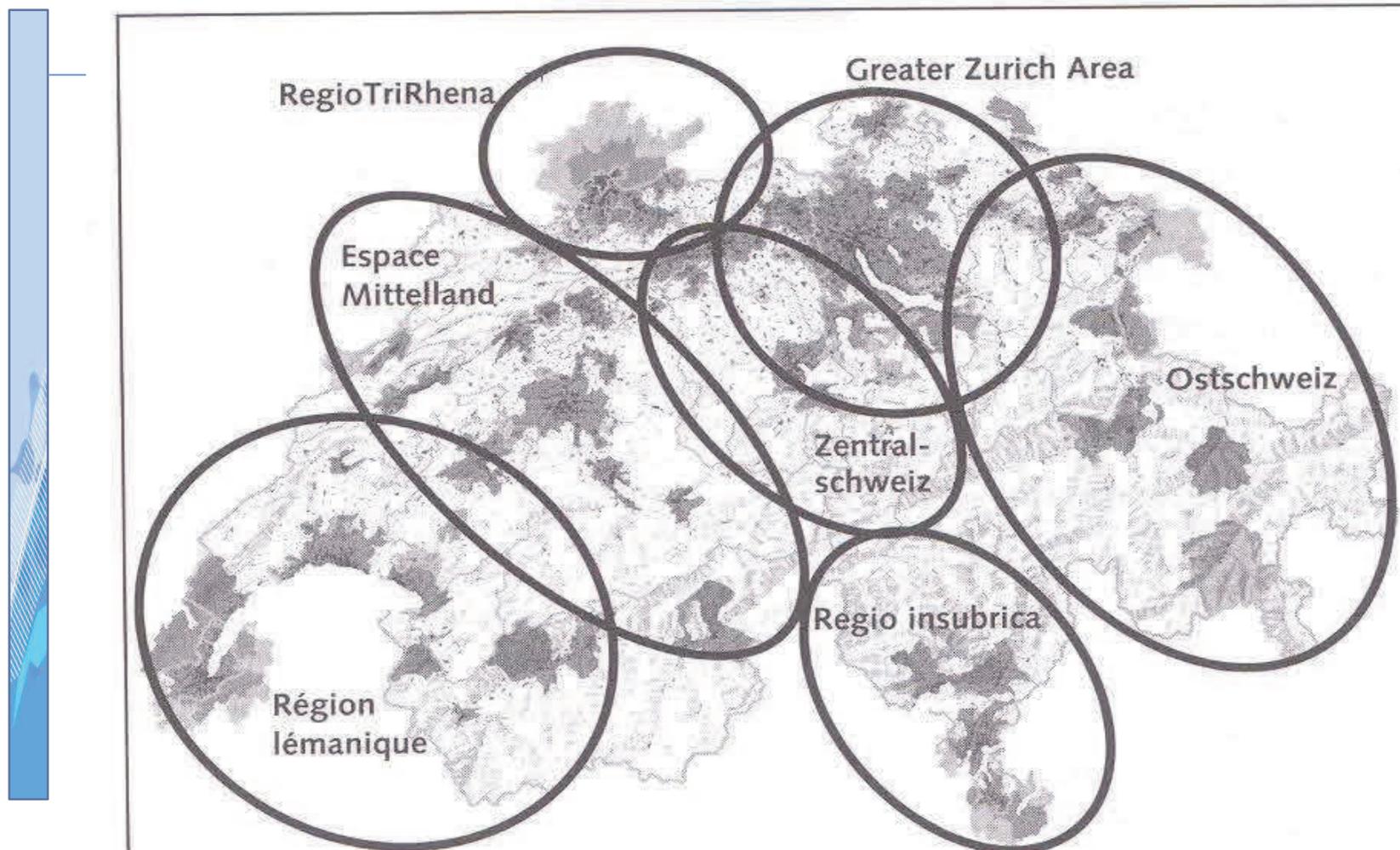


Maîtrise des processus



Compétences,  
Qualité, économicité

Abbildung 1: Agglomerationen, Metropolitan- und Grossregionen



René L Frey: Föderalismus-zukunftstauglich. NZZ Verlag 2007

## Coopération

### inter-services / inter-hospitalière: problèmes de base

---

1. **Compétition/rivalité** entre professionnels des hôpitaux : équipes pluridisciplinaires
2. Refus de **communication** inter-sites, hôpital **gagnant-perdant**, perte de **pouvoir** (Méd. et admin.)
3. **Maintien** de prestations identiques multiples, inefficacité : manque de standardisation
4. **Conditions d'emploi** parfois difficiles
5. Estimation difficile des **prestations cantonales à prévoir** pour l'avenir (libre circulation)
6. **Dialogue entre cantons** (et transfrontalier) avoisinants insuffisant.

## Accord-cadre du 17 mai 2017

- **La coopération transfrontalière avec la France sera plus facile**

Berne, 17.05.2017

Le Conseil fédéral entend faciliter la coopération sanitaire transfrontalière. Il a signé un accord-cadre à cet effet avec la France en septembre 2016. Les services compétents des régions frontalières pourront conclure des conventions de coopération afin que la population vivant dans ces régions accède plus facilement au système de santé. Lors de sa séance du 17 mai 2017, le Conseil fédéral a adopté, à l'attention du Parlement, le message portant approbation de cet accord-cadre.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/internationale-beziehungen/relations-bilaterales/Collaboration-etats-voisins.html>

- **Condensé de l'accord**

*L'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière entre la Suisse et la France (accord-cadre) et son protocole d'application visent à faciliter et à promouvoir la coopération transfrontalière régionale dans le domaine de la santé. Ils permettent aux autorités compétentes, à savoir les cantons suisses frontaliers avec la France et les Agences régionales de santé (ARS) françaises des régions frontalières avec la Suisse, de conclure des conventions de coopération en fonction de leurs intérêts et besoins. L'accord-cadre énonce le cadre juridique et technique dans lequel peuvent s'inscrire les projets de coopération sanitaire transfrontalière tout en respectant les exigences du droit interne et les obligations internationales des Parties. L'accord-cadre ne déroge pas au droit interne et n'implique aucune modification de la législation suisse.*

# Deux «chantiers incitatifs problématiques» différents dans le monde hospitalier suisse

## MAUVAISE INCITATION

Des traitements médicaux de même valeur sont ...



...rémunérés inégalement via différents tarifs.



...financés à 100% (ambulatoire) ou à 45% (stationnaire) par les primes.

## Financement inégal: créé de mauvaises incitations monétaires

Prestations  
**AMBULATOIRES**



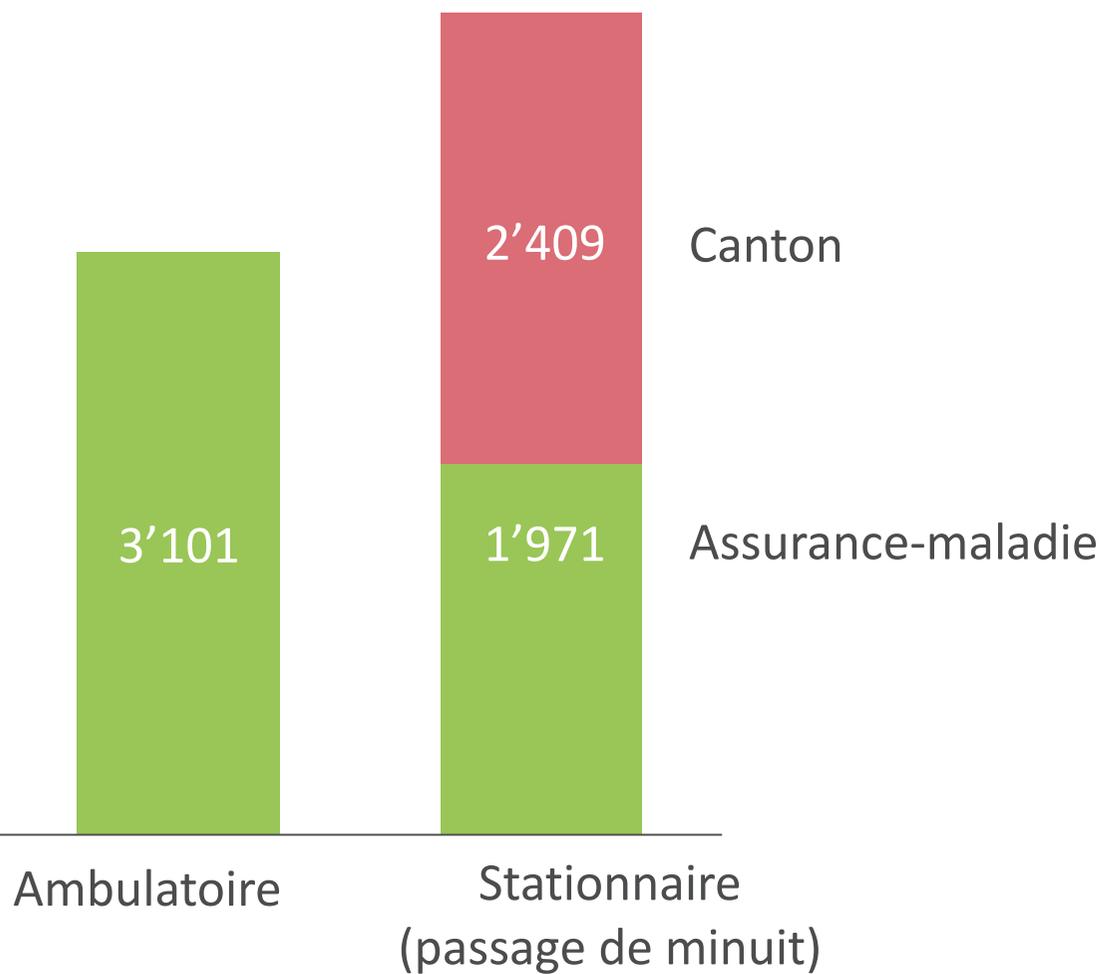
Prestations  
**STATIONNAIRES**



Si une opération ou un traitement ambulatoire coûte plus cher que 45% des coûts d'une opération ou d'un traitement stationnaire médicalement équivalent, les assureurs-maladie ne sont pas incités à demander la prestation ambulatoire moins coûteuse au titre de la «transparence des coûts».

## Financement inégal: aperçu des effets

Exemple :  
Coronarographie  
ou intervention



## Financement inégal: aperçu des effets

- Crée de mauvaises incitations monétaires
- Freine d'un point de vue économique global le transfert stationnaire → ambulatoire
- Empêche un rabais supplémentaire sur les primes pour les modèles d'assurance avec soins intégrés
- Entraîne des erreurs et des excès de soins
- Provoque des coûts inutiles
- Affaiblit la solidarité entre riches et pauvres
- Provoque des tâches administratives inutiles

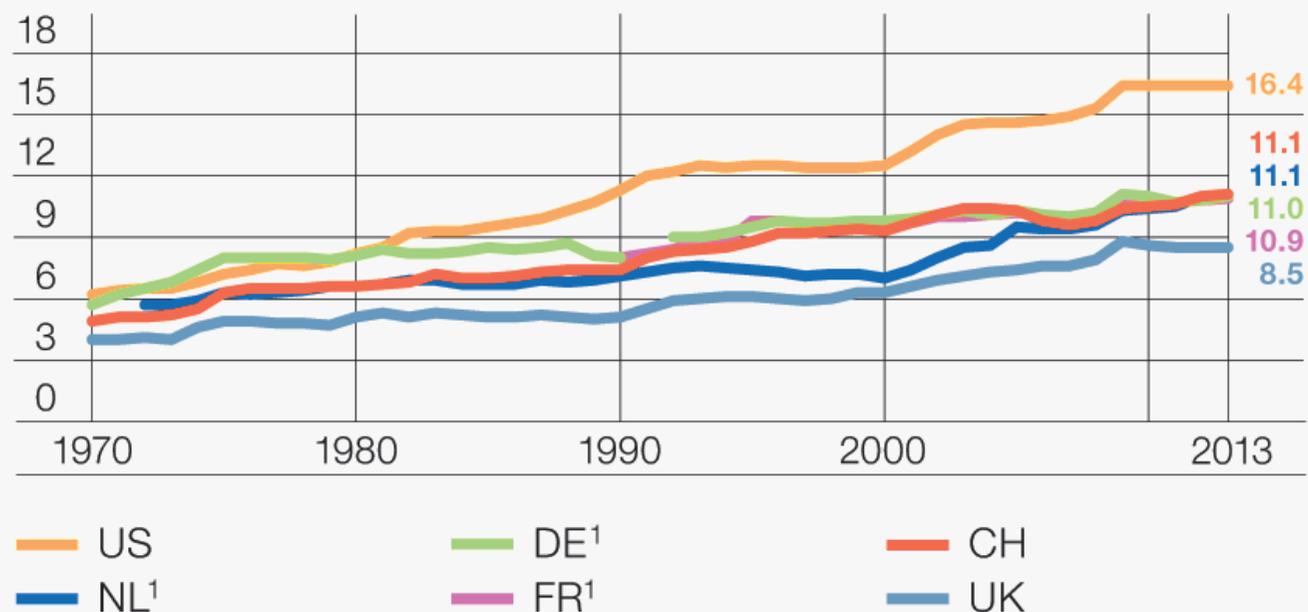
+ Coûts

— Qualité

# Evolution internationale

## Evolution des dépenses de santé

Dépenses de santé par rapport au PIB (en %)



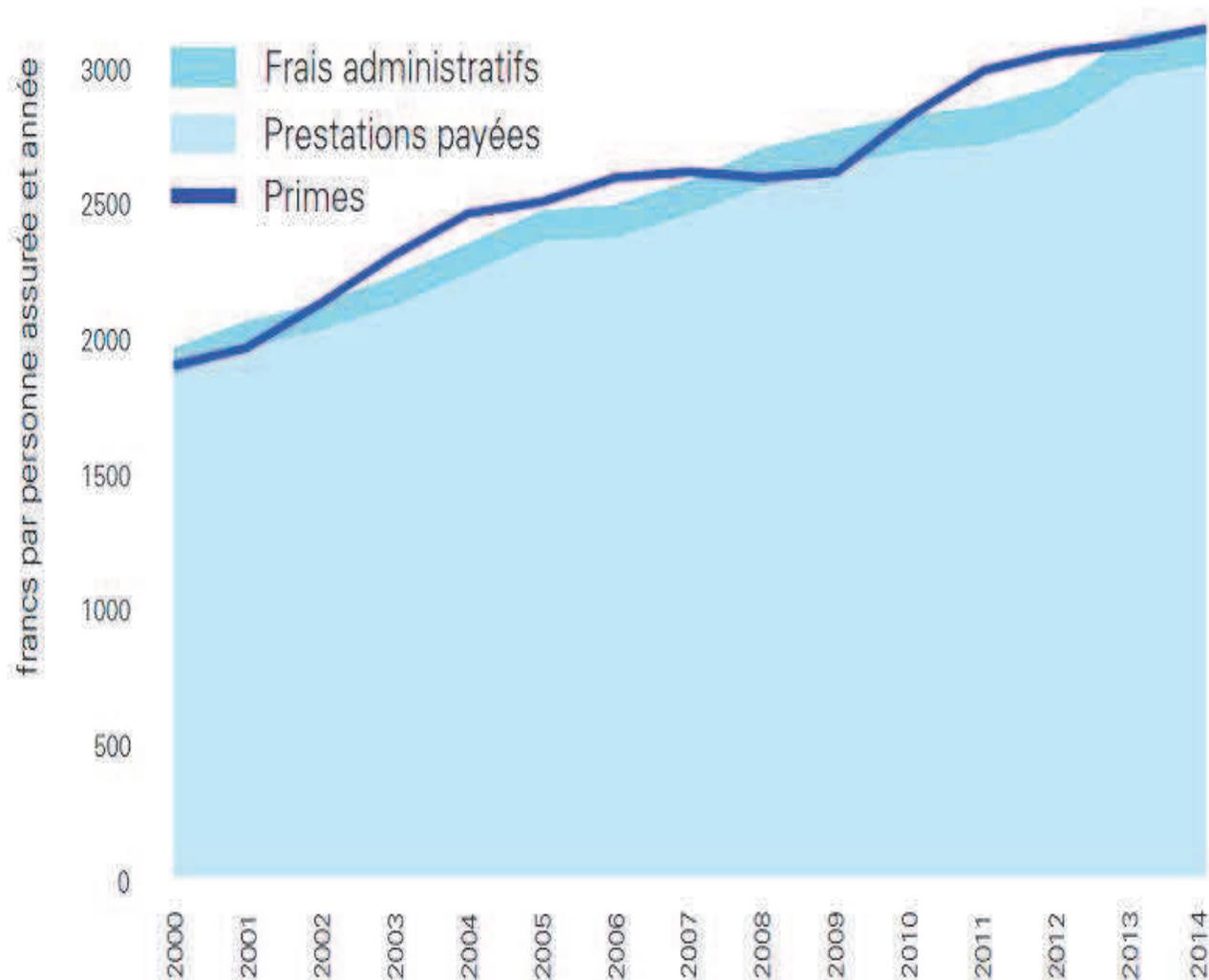
© Interpharma

Interpharma, Basel 2016:  
<http://bit.ly/23q0yjn>

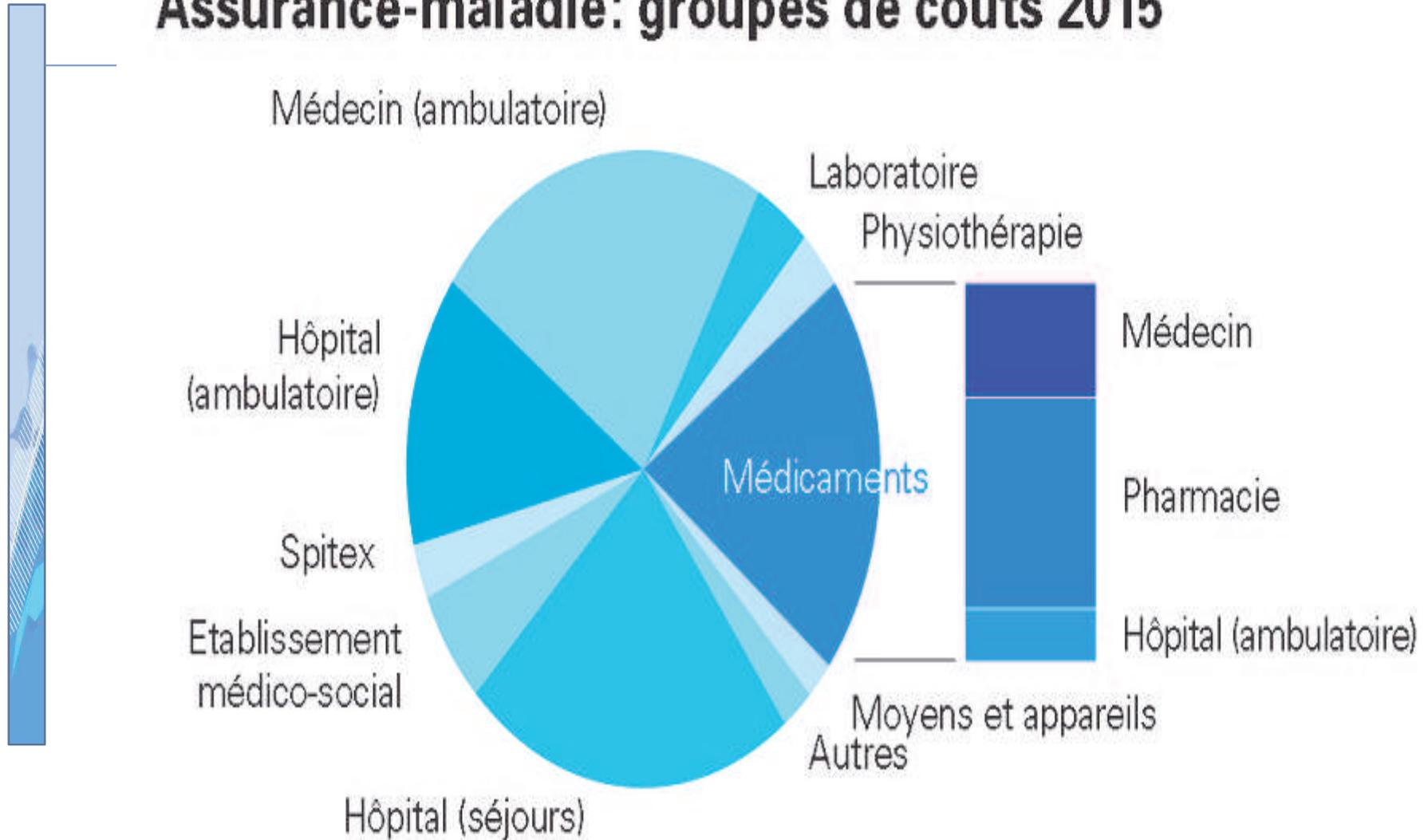
Source: OECD Health Data 2015.

<sup>1</sup> Données non disponibles pour certaines années.

## Assurance-maladie: primes et coûts



# Assurance-maladie: groupes de coûts 2015



<http://bit.ly/1B3HQnt>

## Statistique de poche de l'assurance-maladie et accidents

Edition 2016



### Groupe de coûts

Groupe de coûts	Prestations brutes <sup>3</sup>		
	mio. fr.	fr. par pers.	Pourcentage
Médecin (ambulatoire) <sup>1</sup>	7 007	850	23,3%
Hôpital (séjours) <sup>2</sup>	6 880	834	22,8%
Hôpital (ambulatoire) <sup>1</sup>	4 186	508	13,9%
Médicaments total	6 181	750	20,5%
dont Médecins	1 863	226	6,2%
Pharmacie	3 461	420	11,5%
Hôpital (ambulatoire)	857	104	2,8%
Etablissement médico-social	1 799	218	6,0%
Spitex	794	96	2,6%
Physiothérapie	897	109	3,0%
Laboratoire	1 122	136	3,7%
Moyens et appareils	612	74	2,0%
Autres	645	78	2,1%
<b>Total prestations brutes<sup>3</sup></b>	<b>30 122</b>	<b>3 653</b>	<b>100,0%</b>
dont part. des assurés aux frais	4 136	502	13,7%

<sup>1</sup> sans médicaments. <sup>2</sup> y compris médicaments. <sup>3</sup> y compris participation des assurés aux frais (pour autant que saisie au niveau statistique).

Les Matinées

de la



# Moratoire et évolution des coûts AOS

## Croissance moyenne des prestations brutes de 2010 – 2014 (par personne assurée)

Le gel des admissions n'est pas d'impact significatif sur l'évolution des coûts de la médecine ambulatoire.

Aucune baisse significative des coûts n'a été constatée dans les cantons appliquant le moratoire. Tous les cantons, avec ou sans moratoire, affichent des hausses (modérées, moyennes ou élevées) des coûts des prestations médicales ambulatoires.

Attention tout de même : certains cantons à forte densité médicale (VD, GE, BS) auraient sans doute vu leurs coûts exploser sans le moratoire.

### Cantons avec moratoire

	Prestations médicales*	Prestations hospitalières ambulatoires	AOS, au total
LU	5.1%	6.2%	3.8%
SG	4.8%	6.8%	4.8%
TI	4.7%	7.0%	2.6%
SZ	4.7%	5.9%	3.7%
BL	4.6%	2.2%	3.2%
TG	4.6%	5.5%	3.6%
BE	4.5%	4.2%	1.6%
NE	4.3%	8.9%	4.2%
VS	4.3%	6.1%	3.2%
GE	4.2%	3.9%	2.3%
NW	4.1%	8.7%	5.0%
SO	4.1%	6.3%	4.3%
OW	3.4%	8.1%	4.6%
BS	3.1%	1.1%	1.3%
VD	3.1%	4.7%	2.6%
GL	2.4%	6.1%	3.9%
SH	2.0%	5.9%	2.5%
UR	-0.1%	7.3%	3.5%

### Cantons sans moratoire

	Prestations médicales*	Prestations hospitalières ambulatoires	AOS, au total
AR	5.0%	4.3%	5.1%
JU	4.6%	7.4%	3.0%
ZH	4.4%	4.7%	3.2%
GR	4.3%	6.8%	3.1%
ZG	4.1%	5.9%	2.7%
AG	3.9%	6.5%	3.6%
AI	3.8%	7.5%	5.7%
FR	2.9%	8.1%	2.9%

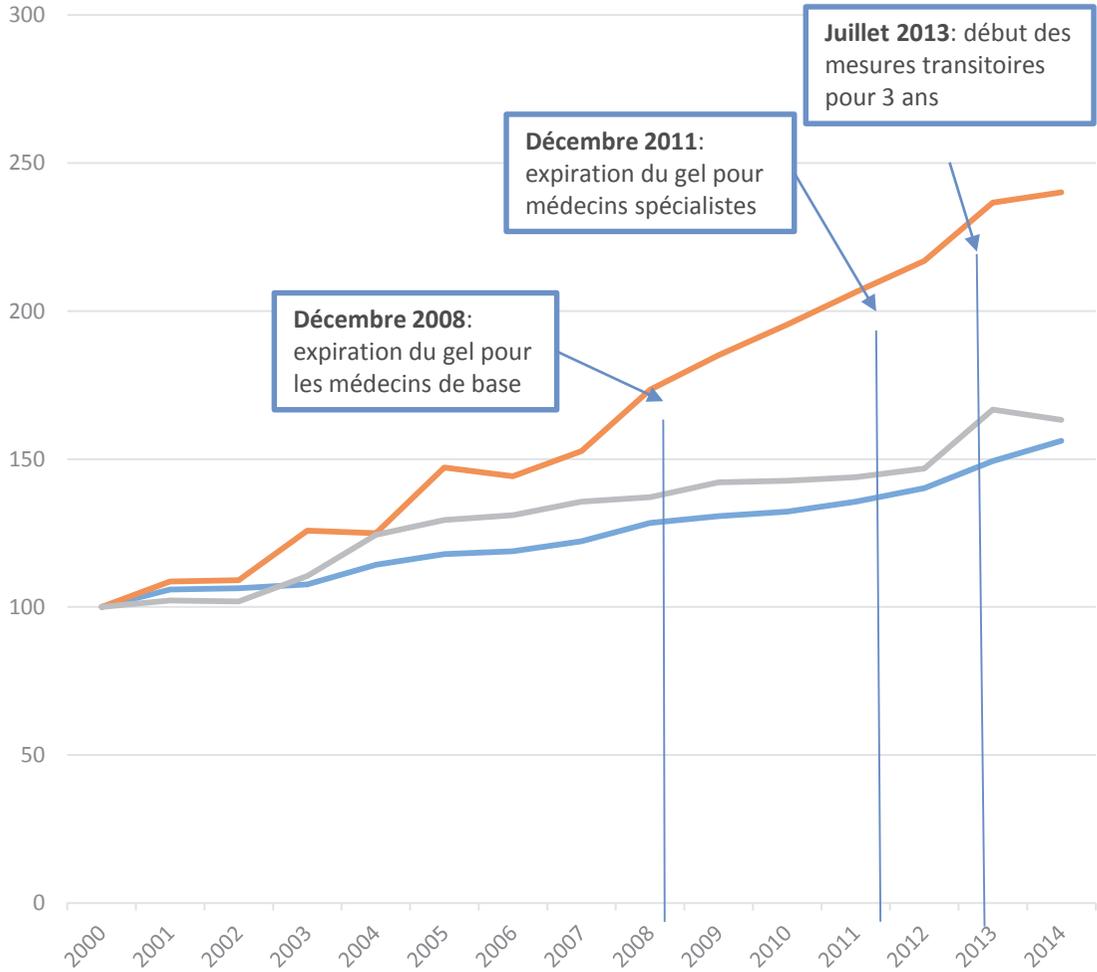
Source: SASIS SA, prestations brutes par personne assurée dans le canton de résidence (15.1.2016)

\*prestations médicales ambulatoires sans laboratoires ni médicaments.  
AOS = assurance obligatoire des soins (LAMal)

# Pilotage médecine ambulatoire

## Evolution des coûts AOS par assuré (2000 -2014)

Entwicklung der OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person 2000-2014, nach Leistungskategorie (2000=100)



**Décembre 2008:**  
expiration du gel pour les médecins de base

**Décembre 2011:**  
expiration du gel pour médecins spécialistes

**Juillet 2013:** début des mesures transitoires pour 3 ans

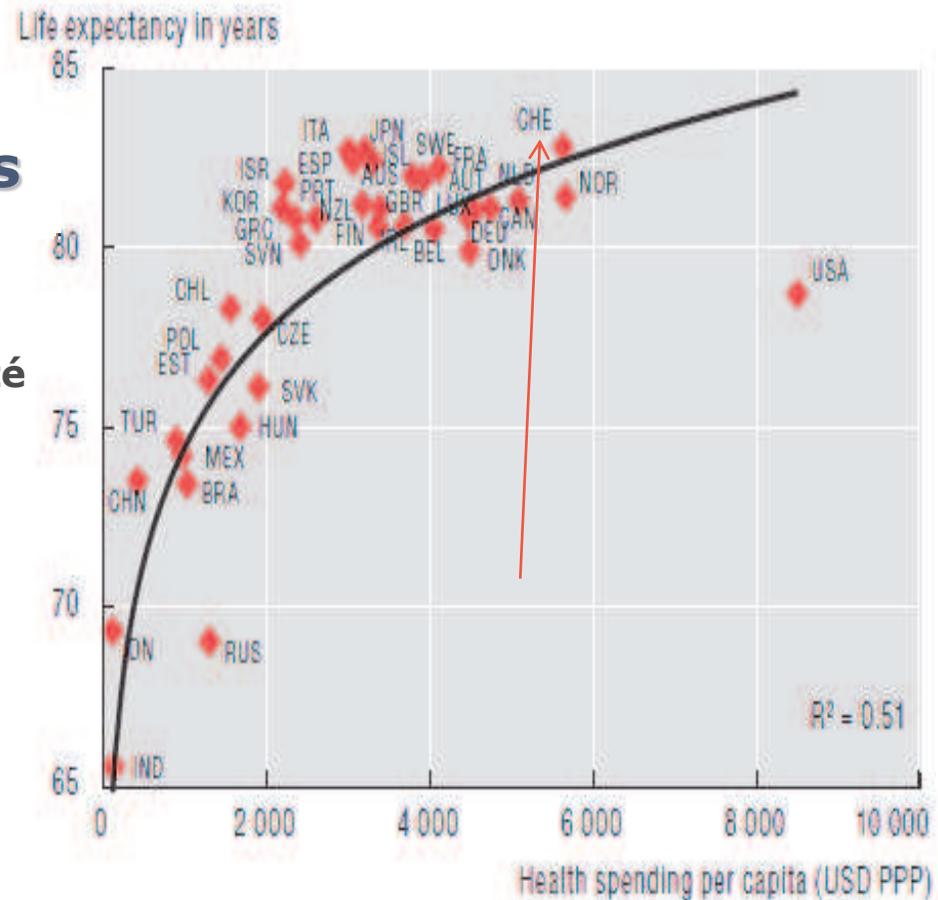
- Ärzte (ohne Medikamente)
- Spitäler ambulante
- Spitäler stationär

Quelle: SASIS Datenpool - Jahresdaten Versichertenstatistik

## Menaces - opportunités

Lien entre espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant

### 1.1.3. Life expectancy at birth and health spending per capita, 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; World Bank for non-OECD countries.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932916040>

## Le Swiss Medical Board a approuvé des rapports sur les thèmes suivants:

1. Le stimulateur cardiaque de resynchronisation dans le traitement de l'insuffisance cardiaque - 23 avril 2015 ([Rapport](#)) ([Résumé français](#)) ([Riassunto italiano](#)) ([Summary in English](#))
2. Traitement oral ou parentéral de la carence en fer - 24 octobre 2014 ([Rapport](#)) ([Résumé français](#)) ([Riassunto italiano](#)) ([Summary in English](#))
3. Le traitement par statines en tant que prévention primaire des maladies cardiovasculaires - 30 Novembre 2013 ([Rapport](#)) ([Résumé français](#)) ([Riassunto italiano](#)) ([Summary in English](#))
4. Dépistage systématique par mammographie - 15 décembre 2013 ([Rapport](#)) ([Résumé français](#)) ([Riassunto italiano](#)) ([Summary in English](#))
5. Transposition d'un rapport HTA de l'IQWiG au contexte suisse – une analyse basée sur l'exemple de l'ézétimibe dans le traitement de l'hypercholestérolémie - 13 mars 2013 ([Rapport en allemand](#)) ([Résumé français](#)) ([Summary in English](#))
6. Usage de la tomodensitométrie pour le diagnostic de la maladie coronarienne - 13 février 2013 ([Rapport en allemand](#)) ([Résumé français](#)) ([Summary in English](#))
7. Thérapie chirurgicale des métastases hépatiques en cas de cancer colorectal - 31 décembre 2012 ([Rapport en allemand](#)) ([Résumé français](#)) ([Summary in English](#))
8. La vertébroplastie et la kyphoplastie en cas de fractures vertébrales ostéoporotiques - 30 novembre 2011 ([Rapport](#)) ([Version abrégée](#)) ([Résumé français](#))
9. Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate - 31 octobre 2011 ([Rapport](#)) ([Résumé français](#))
10. Combinaison de la tomodensitométrie et de la tomographie par émission de positrons (TEP/TDM) dans le diagnostic et la gradation des tumeurs pulmonaires - 31 janvier 2011 ([Rapport](#)) ([Version abrégée](#)) ([Résumé français](#))
11. Prophylaxie des antibiotiques dans la chirurgie électorale des hernies inguinales - 27 janvier 2011 ([Rapport](#)) ([Version abrégée](#)) ([Résumé français](#))
12. Traitement percutané, basé sur un cathéter, de l'insuffisance sévère de la valve mitrale (Percutaneous Mitral Valve Repair) - 15 décembre 2010 ([Rapport](#)) ([Version abrégée](#)) ([Résumé français](#))
13. Rupture du ligament croisé antérieur: traitement opératoire ou conservateur? - 30 juin 2009 ([Rapport](#)) ([Résumé](#)) ([Rapport de révision en allemand novembre 2013](#))
14. Utilisation du Bevacizumab dans le traitement du cancer du côlon métastatique - 30 avril 2009 ([Rapport](#)) ([Résumé](#))

patients with low  
**HEALTH LITERACY...**



Are more likely to visit an  
**EMERGENCY ROOM**



Have more  
**HOSPITAL STAYS**



Are less likely to follow  
**TREATMENT PLANS**



Have higher  
**MORTALITY RATES**

[www.cdc.gov/phpr](http://www.cdc.gov/phpr)



Les *Matinées*

de la



CTJ



*La politique est  
l'art du possible !*

*(Otto von Bismarck 1815-1898)*



# L'offre de soins dans l'Arc jurassien

Christine CHARTON  
Observatoire statistique de l'Arc jurassien



**Observatoire statistique transfrontalier de l'Arc jurassien**

**L'offre de soins dans l'Arc jurassien**

Février 2017

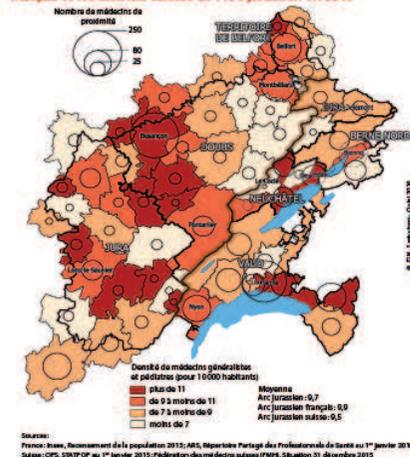
- Une offre médicale de proximité concentrée dans les zones les plus peuplées
- 4700 médecins spécialistes
- Une offre de dentistes marquée par l'effet frontière
- Pharmacies: une densité supérieure aux moyennes nationales
- 150 sites hospitaliers
- 3150 frontaliers travaillent dans le domaine de la santé humaine
- Définitions et méthodologie

L'Arc jurassien présente une offre de soins complète: médecins généralistes ou spécialistes, pharmacies, dentistes et établissements hospitaliers. La densité médicale, qui rapporte l'offre de soins à la population, est conforme aux densités nationales pour les médecins et plus élevée pour les dentistes. Toutefois, les zones les plus rurales, où la population est parfois âgée, sont moins bien équipées; l'offre médicale se concentrant dans les zones les plus urbanisées. Autre constat commun de part et d'autre de la frontière, le vieillissement du corps médical qui pourrait à l'avenir susciter des réflexions conjointes.

En 2016, plus de 2100 médecins de proximité (généralistes et pédiatres privés) exercent leur activité dans l'Arc jurassien franco-suisse, soit 9,7 médecins de proximité pour 10 000 habitants. Cette densité médicale est proche ou légèrement supérieure aux moyennes nationales. Quelques zones rurales, parfois en recul démographique et vieillissantes, sont cependant moins bien dotées. En Suisse comme en France, les médecins de proximité sont relativement âgés: la moitié d'entre eux devraient théoriquement partir à la retraite dans les 10 à 15 prochaines années. Préparer la relève et garantir à tous un accès aux soins est donc un enjeu majeur.

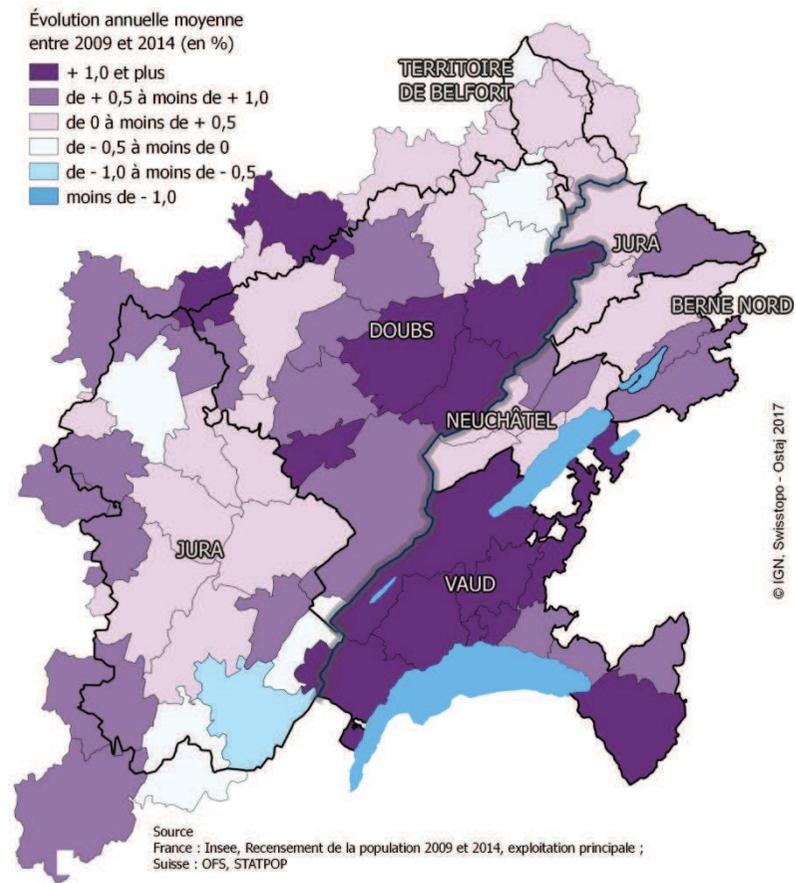
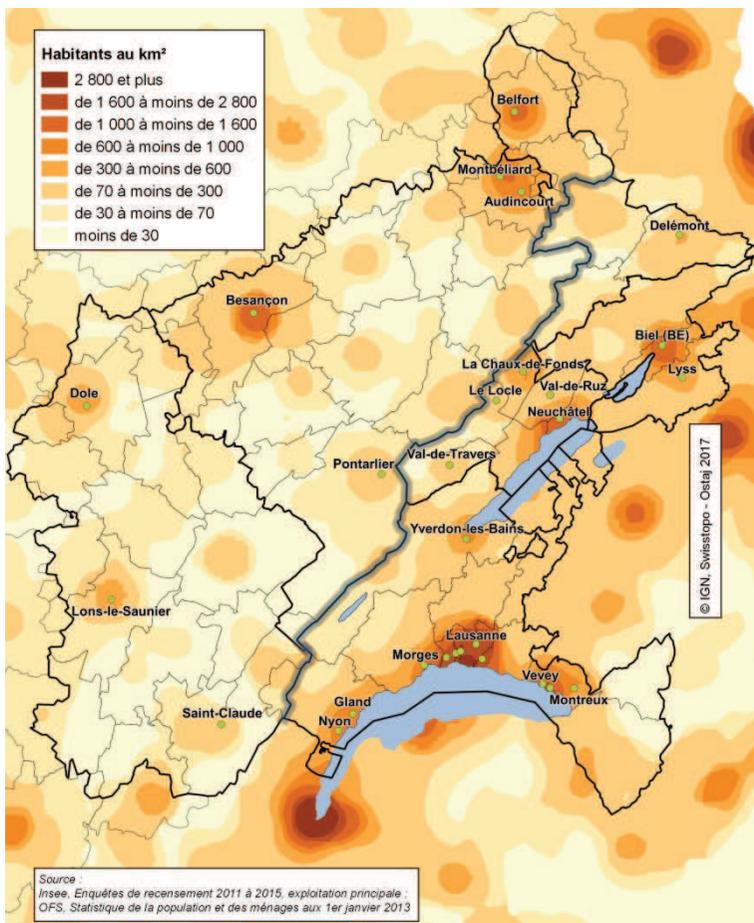
Les spécialistes sont plus nombreux que les généralistes. En 2016, ils sont 4700 médecins spécialistes, dont deux tiers exercent dans la partie suisse. Cette forte présence de spécialistes est dominée par la psychiatrie et la psychothérapie. S'y ajoutent un millier de dentistes, soit 4,6 pour 10 000 habitants; les zones les plus urbanisées étant les mieux dotées. C'est aussi le cas des pharmacies en Suisse, davantage localisées dans les zones les plus densément peuplées, alors que la répartition est plus homogène en France. Près de 150 sites hospitaliers sont implantés dans l'Arc jurassien. Côté français, ils se partagent entre les établissements orientés vers la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) et les soins de suite et réadaptation (SSR). Côté suisse, les cliniques spécialisées dominent le parc hospitalier.

Densité de médecins généralistes et pédiatres dans les bassins de vie français et les districts suisses de l'Arc jurassien en 2016



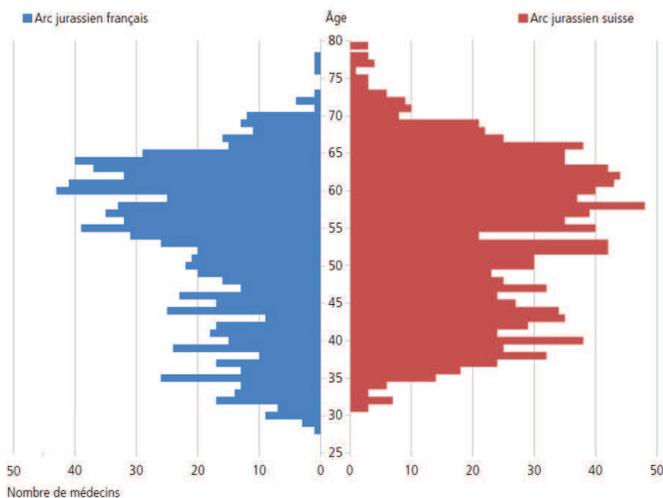
Les découpages géographiques utilisés dans les cartes sont le district pour la partie suisse et le bassin de vie pour la partie française. Le bassin de vie constitue la maille d'observation privilégiée pour les services de santé en France compte tenu des problématiques d'accessibilité.

# La démographie de l'Arc jurassien

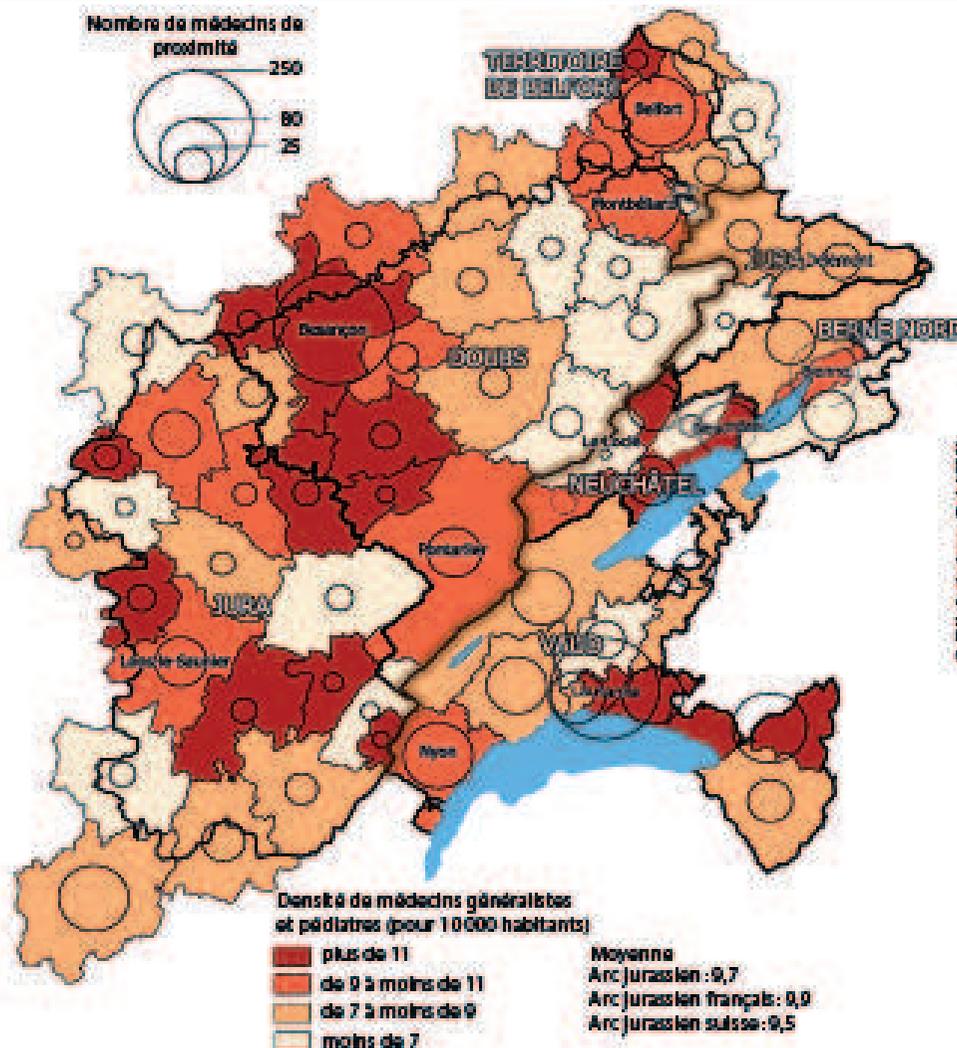


# La médecine de proximité : densité médicale inégale sur le territoire

## La moitié des médecins âgés de plus de 55 ans



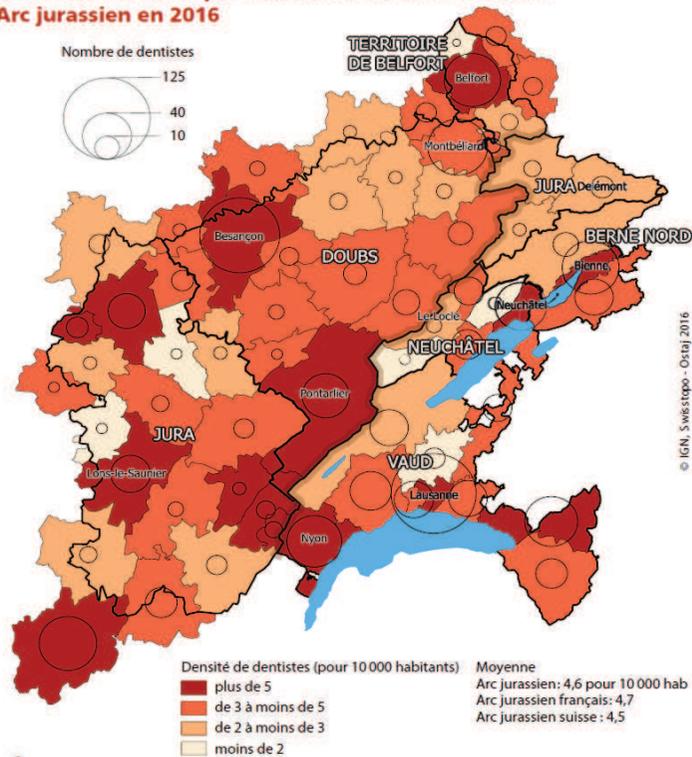
Sources : France : ARS, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé ; Suisse : Fédération des médecins suisses (FMH). Situation au 31 décembre 2015



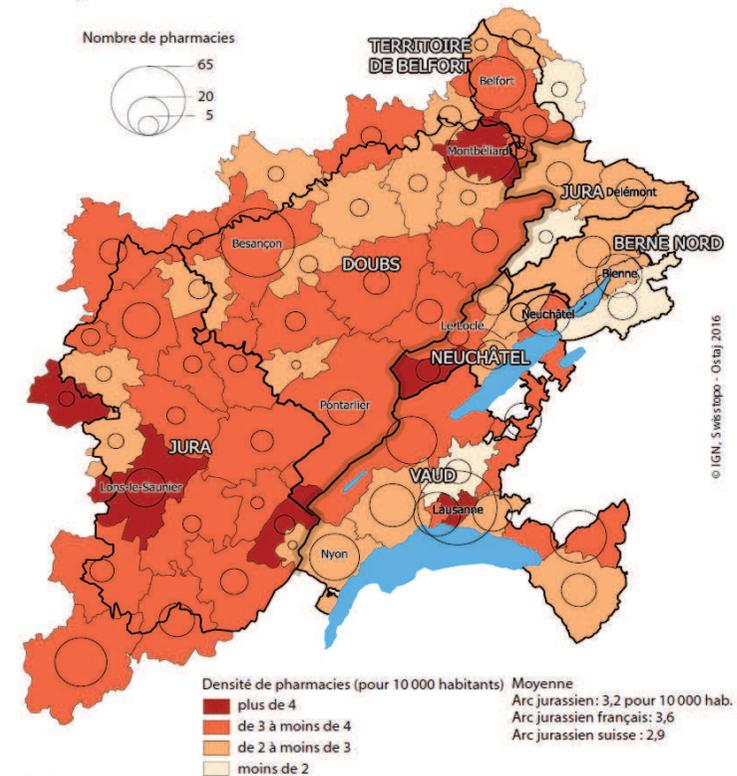
Sources : France : Insee, Recensement de la population 2013; ARS, Répertoire Partagé des Professionnels de Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2015 ; Suisse : OFS, STATOP au 1<sup>er</sup> janvier 2015; Fédération des médecins suisses (FMH), Situation 31 décembre 2015

# Dentistes et pharmacies : des contrastes de part et d'autre de la frontière

Densité de dentistes par bassins de vie et districts de l'Arc jurassien en 2016

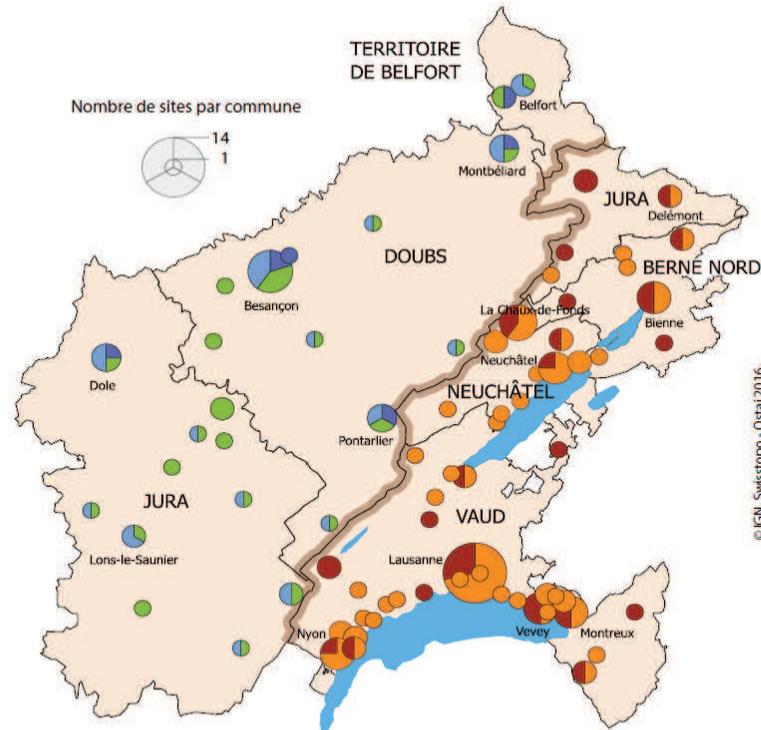


Densité de pharmacies par bassins de vie et districts de l'Arc jurassien en 2016



# 150 sites hospitaliers dans l'Arc jurassien

Sites hospitaliers par type de soins dans l'Arc jurassien en 2016



Répartition des sites en fonction du type de soins dispensés

dans la partie française:

- Médecine, chirurgie, obstétrique
- Soins de suite et réadaptation
- Psychiatrie

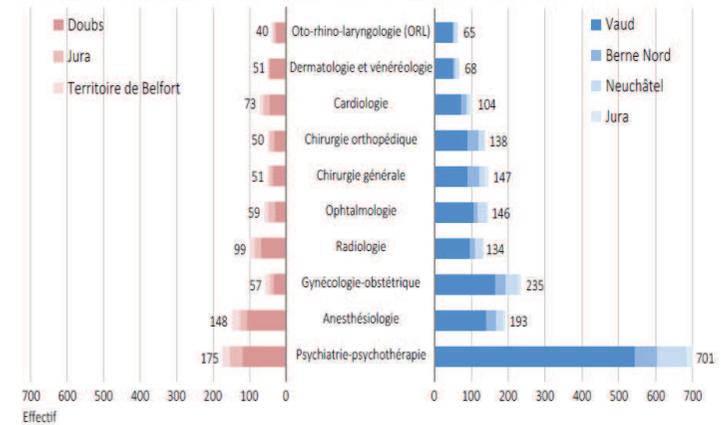
dans la partie suisse:

- Hôpitaux de soins généraux
- Cliniques spécialisées, dont établissements psychiatriques

Sources:  
France: ARS, Fichier National des Établissements Sanitaires du ministère chargé de la santé au 20 septembre 2016  
Suisse: Statistique structurelle des entreprises (STATENT), Office fédéral de la santé publique

## Les médecins spécialistes

Principales spécialités exercées dans l'Arc jurassien en 2016



Les Matinées

de la



## 84 300 emplois dans le secteur de la santé

---

- 26 100 emplois côté français et 58 200 côté suisse
- 8 % de l'emploi de l'Arc jurassien
- 1 540 actifs de l'Arc jurassien français vont travailler dans l'Arc jurassien suisse
- Le secteur de la santé de l'Arc jurassien suisse accueille 3 150 travailleurs frontaliers

**Merci de votre attention**

# Coopérations transfrontalières dans l'Arc jurassien

## *Etat des lieux*

En vue de construire le volet franco-suisse du  
Projet régional de santé de l'ARS Bourgogne-Franche-  
Comté

# 1. Le futur Projet régional de santé (PRS) BFC 2018-2022 : cadre général

Le PRS définit les objectifs pluriannuels de l'ARS BFC

Le PRS 2, c'est :



## 2. Les principaux axes du Schéma régional de santé, la « feuille de route » des 5 ans à venir

---

- I. **Prévenir et éduquer au plus tôt**, dynamiser la promotion de la santé
- II. Accompagner **les personnes fragiles** dans leur autonomie et le respect de leurs droits
- III. Se mobiliser fortement sur la **santé mentale**
- IV. Fluidifier les **parcours de santé** pour mieux accompagner les usagers
- V. Faire **évoluer l'offre de santé** pour mieux répondre aux besoins
- VI. Planifier **les activités de soins**
- VII. Assurer la **qualité et la sécurité des soins**
- VIII. Animer, décliner et évaluer le **PRS**

### 3. Les étapes de construction du PRS

- Définition du **cadre et des orientations générales** dès l'automne 2016
- Rédaction du **Cadre d'orientation stratégique** (vision à 10 ans) et concertation avec les partenaires : finalisation 1<sup>er</sup> semestre 2017
- Rédaction du **Schéma régional de santé** (vision à 5 ans) et concertation avec les partenaires : en cours
- Rédaction du **volet transfrontalier** (vision à 5 ans) : en cours

Du 01 février 2018 au 2 mai 2018 : consultation officielle sur l'ensemble du PRS

(Préfète de région, Collectivités territoriales, Conseil de surveillance, instances de démocratie en santé)

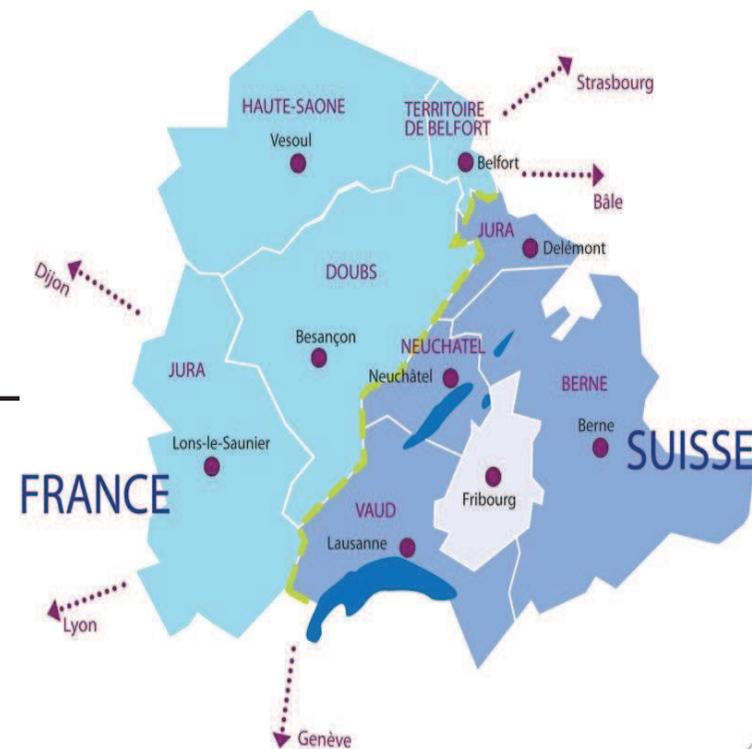
Mai 2018 : le PRS BFC fait l'objet d'un arrêté par le DG ARS.

## 4. Des spécificités territoriales liées à la bande frontalière

- Existence d'un accord franco-suisse de coopération sanitaire signé en septembre 2016

Le volet de coopération franco-suisse dans le PRS concerne :

- en France : Territoire de Belfort – Doubs – Jura
- en Suisse : cantons du Jura, de Neuchâtel, de Vaud & nord du canton de Berne



## 5. Démarche de construction du volet franco-suisse du PRS

**Temps 1** – Identification des enjeux et attentes côté français : en lien avec les directions de l'ARS BFC et la conseillère diplomatique de la Préfecture de Région

**Temps 2** – Des entretiens avec les représentants des cantons frontaliers pour évoquer l'existant et les premières pistes de coopération

- Canton de Neuchâtel : M. C. GUYE & M C.F. ROBERT & L.MARIANI
- Canton du Jura : M. J. GERBER & M. N. PETREMAND
- Canton de Vaud : M. M. WEBER & M. J.P. JEANNERET
- Canton de Berne : Mme A. MÜLLER

**Temps 3** – La matinée CTJ pour échanger avec les acteurs et identifier des perspectives concrètes de collaboration dans les années à venir

**Temps 4** – La mise en place de groupes de travail en fonction des thématiques à travailler en franco-suisse

## 6. Coopérations existantes (1)

### **Urgences préhospitalières et protection civile :**

- Accord depuis 2008 : missions de secours en cas d'évènement en proximité directe de la frontière
- Collaboration Samu/Réga (hélicoptère)

### **Visites de sites, échanges de pratiques :**

- Echanges Hôpital NFC et service de santé publique du canton du Jura

### **Médico-social :**

- Accueil de 2 personnes en situation de handicap du Haut-Doubs par l'établissement de la Chaux de Fonds

**Territoire de Belfort & République et canton du Jura**

**Doubs & canton de Neuchâtel**

**Belfort-Montbéliard & canton du Jura**

**Doubs & canton de Neuchâtel**

Les *Matinées*

de la



CTJ

## 6. Coopérations existantes (2)

### Domaine de la recherche médicale (projets Interreg 2014-2020)

<http://www.interreg-francesuisse.org/>

- **EPIDATTA** : plateforme épidémiologique pour accessibilité et équité des soins aux personnes âgées
- **Serious game** - plateforme dédiée aux troubles musculo-squelettiques
- **BlooDe** – exploration de l'hémostase primaire en flux
- **SAIAD** – segmentation automatique de reins tumoraux chez l'enfant par intelligence artificielle
- **En prévision : projet Celeste** – pour modélisation des maladies du sang

**CHU Besançon & CHU  
Lausanne**

**UTBM & Haute école Arc**

**Univ. B & FC & Univ.  
Genève**

**Univ. FC & Ecole  
polytechnique Lausanne**

**Univ. FC, Grenoble &  
univ. Genève**

### Domaine de la santé environnement (projet Interreg 2014-2020)

- **JURA-BAT** – plateforme de gestion du risque du radon dans les bâtiments de l'Arc jurassien

**Univ. B & FC & Haute  
école ingénierie et  
architecture Fribourg**

Les *Matinées*

de la  **CTJ**

## 7. Problématiques identifiées : (1) - en France

- **Risque de crise sanitaire à l'échelle franco-suisse**, notamment en cas de contamination des espaces naturels
- **Déficit médical et éloignement** de certaines communes du Haut-Doubs & Haut-Jura...
  - des plateaux techniques : cancérologie, dialyse, cardiologie interventionnelle
  - de l'offre de spécialistes : exemple 1 ans d'attente pour RDV ophtalmologiste
  - des services d'urgence (difficulté notamment en période hivernale)

... Proximité avec CH suisses **mais non prise en charge du coût des soins** en Suisse
- Recrutement difficile en **établissements médico-sociaux de personnel soignant**
- **Départ de médecins généralistes** en Suisse

## 7. Problématiques identifiées : (2) - en Suisse

- **Risque de crise sanitaire à l'échelle franco-suisse**, notamment en cas de contamination des espaces naturels
- **Maladies transmissibles** de part et d'autre de la frontière : *exemple rougeole*
- Soins urgents : **compensation des déficits des sociétés ambulancières par l'autorité cantonale** – *notamment canton de Vaud*
- **Difficulté de recrutement** de personnels suisses dans les services à la personne
- Besoins **d'accompagnement de l'exercice coordonné** en médecine de ville
- Promotion santé : renforcer **l'efficacité des campagnes** au niveau cantonal
- **Médecins généralistes français** installés en Suisse : clause de besoins et futurs départs en retraite de médecins suisses – *Jura notamment*

**Merci de votre attention**

# Coopérations transfrontalières dans l'Arc jurassien

*Echanges sur les pistes de coopération franco-  
suisses  
à partir des «sujets communs»*

## Rappel problématiques et souhaits : (1) - en France

**Prévention** : risque sanitaire...

**Déficit médical et éloignement** de certaines communes du Haut-Doubs & Haut-Jura...  
... mais **non prise en charge du coût des soins** en Suisse

Recrutement difficile en **établissements médico-sociaux de personnel soignant**

**Départ de médecins généralistes** en Suisse

### Souhaits :

➔ Réflexion commune à conduire

➔ Consultations avancées de l'Hôpital Neuchâtelois

Accès au « centre du sein » du site de la Chaux de Fonds (depuis Haut-Doubs)

Accès aux Hôpitaux de Genève pour les urgences en cardiologie interventionnelle (en 2<sup>e</sup> intention depuis Haut-Jura)

Accords entre assurances maladies suisses et françaises pour les soins en Suisse ?

➔ Convention franco-suisse entre établissements médico-sociaux

➔ Réflexion commune à conduire

## Rappel problématiques et souhaits : (2) - en Suisse

### Promotion santé et prévention :

- Risque de crise sanitaire
- Prévention des maladies transmissibles & vaccination
- Renforcer l'efficacité des campagnes

### Soins urgents et protection civile

**Recrutement** de personnels suisses / services à la personne

**Accompagnement de l'exercice coordonné** en médecine de ville

**Médecins généralistes français** en Suisse

### Souhaits :

Partager connaissance des acteurs et des méthodes de travail avec la France  
Sensibilisation des travailleurs frontaliers/santé

Accord existant : vers plus d'opérationnalité

Mobilisation de moyens crise sanitaire + véhicule de soutien sanitaire (VSS)

Collaboration SAMU / services médicaux d'urgences hôpitaux suisses

Porter attention à l'évolution des quotas des écoles en France

Echanges de pratiques autour des maisons de santé pluri professionnelles

Réflexion commune à conduire

## Pour échanges et discussion entre les participants

5 sujets « communs » à caractère transfrontalier ont été pré-identifiés :



Proposés à la discussion



Lesquels pourraient déboucher sur des collaborations concrètes ?

# Sujet 1

---

**Urgences pré-hospitalières et protection civile :**  
en situation de crise sanitaire et/ou en intervention de  
2<sup>e</sup> intention

## Sujet 2

---

### **Echanges de pratiques, interconnaissances**

- entre Hôpital Nord-Franche-Comté et hôpitaux du canton du Jura ;
- autour des expériences de coordination des soins de ville
- au sujet des risques de crise sanitaire et plus largement des actions de promotion de la santé
- ...

# Sujet 3

---

## Recours à l'offre de soins spécialisée

*ponctuellement et en 2<sup>e</sup> intention*

- Hôpitaux Universitaires de Genève : (cardiologie interventionnelle)
- Site hospitalier de la Chaux-de-Fonds (centre du sein)
- ...

# Sujet 4

---

## Promotion de la santé et prévention :

- à destination des travailleurs frontaliers (santé au travail...)
- sur les thèmes des maladies transmissibles, de la santé-environnement
- ....

## Sujet 5

---

**Flux de professionnels de santé de France vers la Suisse (y compris services à la personne) :**

Quels leviers d'accompagnement (formation,...) ?

# Autres sujets ?

---

**Propositions des participants sur des thématiques non présentées ?**

**Merci de votre attention**