

# Le système de santé suisse

## Une période de mutation

**La Suisse est un pays où les compétences en matière de santé sont réparties entre le Gouvernement fédéral et les Cantons. Victime, ces dernières années, comme la plupart des pays occidentaux, à la fois de difficultés économiques et d'une croissance continue des dépenses sanitaires, la Suisse réorganise son système de santé en plaçant l'éthique au cœur de sa réflexion.**

**L**a Suisse est un pays de 7 millions d'habitants, avec un des revenus par habitant les plus élevés du monde, où la vie par ailleurs est chère, et qui a vécu pratiquement sans chômage au cours du dernier demi-siècle. On connaît depuis 1990 environ une stagnation/récession, avec environ 5 % de sans-emploi. Son système politique fédéraliste veut que la Confédération ne dispose que des prérogatives qui lui sont expressément attribuées par la Constitution fédérale (« Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale », art. 3 de cette dernière). Traditionnellement, les vingt-six cantons, de tailles très diverses, sont notamment compétents dans le domaine de la santé publique et de l'organisation du système de soins, ainsi que de l'éducation et de la police. Néanmoins, en matière de santé, la ligne de partage a progressivement changé en raison de l'ampleur des problèmes à traiter : au fil

des années, la Confédération s'est vu confier de nouvelles tâches, s'agissant particulièrement de législation relative aux assurances maladie, accident et invalidité (de même que l'assurance vieillesse). Par ailleurs, les cantons ont créé des organismes intercantonaux, notamment pour le contrôle des médicaments.

### Répartition des compétences

Les domaines qui sont du ressort du Gouvernement fédéral sont principalement les maladies transmissibles (et les vaccins et sérums), le contrôle des denrées alimentaires, celui des stupéfiants, des toxiques, la délivrance des diplômes des professions médicales (médecin, dentiste, pharmacien, vétérinaire, mais les cantons restent compétents pour les autres professions de la santé) et les assurances sociales, de même que les relations internationales (OMS, Conseil de l'Europe) et la

protection de l'environnement<sup>1, 11</sup>. Des démarches constitutionnelles et législatives sont en cours, en vue de donner à la Confédération des compétences en matière de procréation médicalement assistée, génie génétique et médecine de transplantation.

Dans un contexte tout à fait prospère jusqu'il y a peu, le système alliait une pratique libérale de la médecine avec un soutien des pouvoirs publics aux soins en institutions (hôpitaux, établissements pour malades chroniques) et un filet de sécurité sociale généralement dense. Il s'agit typiquement de ce que l'OMS a appelé « système pluraliste »<sup>2, 10</sup>. À titre illustratif, la figure de la page 14 montre la répartition des charges financières incombant à différents acteurs (il s'agit d'un calcul pour le canton de Vaud quoique non identiques, les situations des autres cantons montreraient une diversification comparable).

### La santé de la population

Mentionnons quelques éléments de comparaison. Le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté en 1984 trente-huit buts stratégiques dans le cadre de la démarche « Santé pour tous en l'an 2000 ». Les progrès réalisés ont fait

l'objet d'une évaluation triennale ; un rapport couvrant la période 1989-1991 a été suivi d'un second pour 1993-1994, qui permettent de situer la Suisse par rapport à dix-huit autres pays de la région. Dans l'ensemble, elle est dans le peloton de tête. Cependant, par rapport à la moyenne européenne, des progrès (à savoir une diminution des chiffres actuels) doivent être faits spécialement dans cinq domaines :

- la consommation de cigarettes ;
- le pourcentage de matière grasse dans l'alimentation ;
- le nombre de suicides ;
- le cancer du sein ;
- les tumeurs de l'appareil respiratoire dans la population féminine.

Il est essentiel aussi, aujourd'hui, de rappeler que l'équité sociale est un aspect

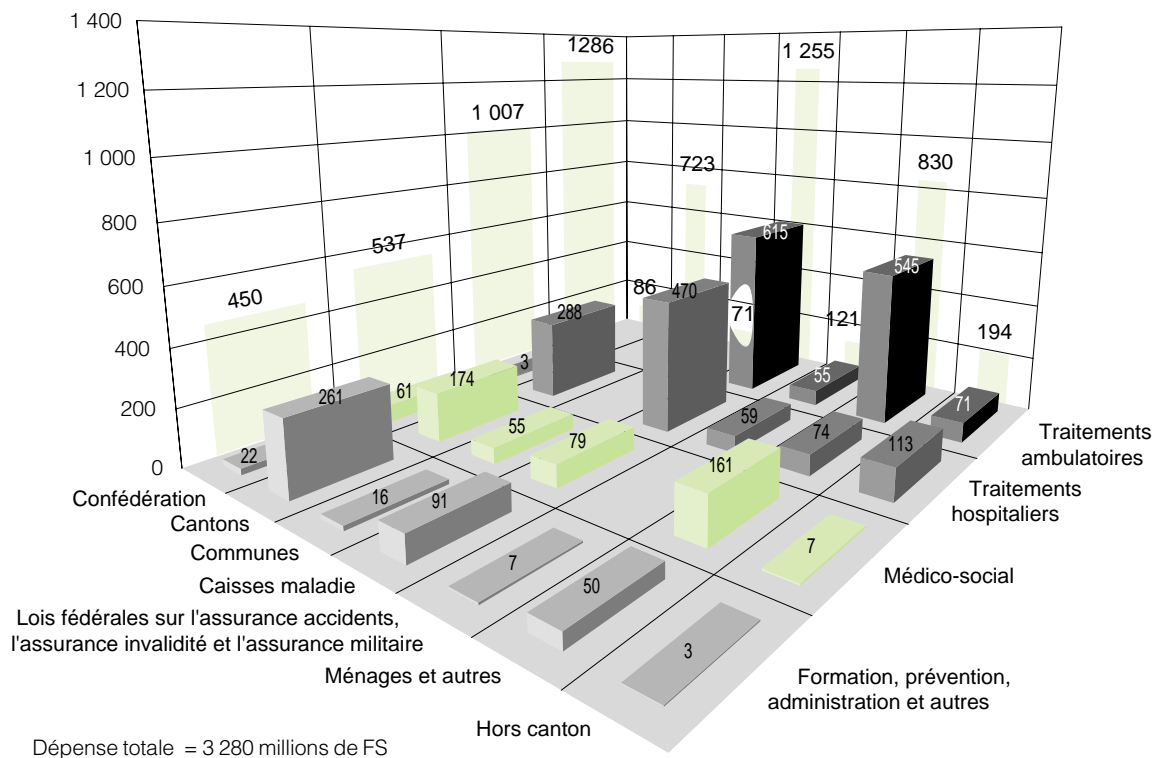
fondamental de la santé publique (« *Public health is social justice* » disent nos collègues anglo-saxons<sup>3</sup>). Malgré les efforts faits pour garantir un accès universel aux soins, les inégalités face à la santé persistent voire s'accroissent, y compris en Suisse. Cela est dû au fait qu'une grande partie des déterminants de la santé ne relèvent pas des services de soins. Pour une part, les différences de style de vie entre les groupes sociaux expliquent ces inégalités : répartition sociale du tabagisme, des mauvaises habitudes alimentaires ou de l'inactivité physique, entre autres. Mais d'autres aspects, comme les écarts de revenus au sein de la même communauté, exercent un effet propre. On peut rappeler que le premier déterminant de la santé satisfaisante d'un groupe est le fait de bénéficier de condi-

tions socio-économiques suffisantes. Au moment où la Suisse connaît une recrudescence de difficultés de type social, ces problèmes de santé publique exigent une attention renouvelée<sup>4,5,6</sup>. Il convient encore de relever l'importance de la problématique environnementale et de la qualité du milieu de vie, et l'attention que les professionnels de santé doivent y porter de manière accrue<sup>7</sup>.

### Le risque de « la médecine pour la médecine »

Un colloque tenu à Genève en 1995, par une association de médecins en pratique privée, avait pour titre « La médecine : pour ou contre la santé ? ». C'est une boutade pour une part, mais pour une part

### Financement des dépenses de santé par secteur dans le canton de Vaud en 1993 (en millions de francs suisses)



Source : Conseil d'État, 1997, p. 119. Mise en forme : adsp

seulement. Comme on peut critiquer « l'art pour l'art », il faut être attentif au danger de la médecine pour la médecine. En d'autres termes, constamment poser la question de l'utilité concrète vraisemblable des démarches entreprises pour la santé du patient. Cela vaut en Suisse comme ailleurs. Le fait est que la pratique des multiples professionnels et la puissance (souvent agressive) des moyens thérapeutiques entraînent de plus en plus de risques objectifs, physiques, qui viennent s'ajouter à l'indésirable médicalisation des existences personnelles et de la vie sociale. Il convient d'examiner quels éléments renforcent la tendance à une approche très (trop) biomédicale, technicisée, une *providers' approach* (approche de dispensateurs) par rapport à une *consumers' approach* (qui tient compte en premier lieu de l'utilisateur).

D'abord, mentionnons les facteurs aujourd'hui favorables à une pratique « retenue » de médecine pour la santé :

- l'importance croissante accordée à des rapports patient-médecin marqués par le dialogue plutôt que par une attitude doctorale/paternaliste ;
- particulièrement, l'accent mis sur l'information et l'autonomie du malade, qui implique sa participation à la prise de décision médicale. Les efforts de promotion de la santé, dans la foulée de la Charte d'Ottawa de 1986, vont dans le même sens ;
- la meilleure prise en compte des aspects psycho-sociaux ;
- les intentions et les (premières) réalisations dans le sens du contrôle de la qualité des pratiques ;
- une optique de santé communautaire et une sensibilisation au rôle de l'environnement (dans ses diverses dimensions), parmi les jeunes professionnels et quelques-uns de leurs enseignants ;
- les difficultés économiques actuelles peuvent favoriser une médecine pertinente, non polypragmatique. Cela serait réalisé dans un monde où la rareté des ressources entraînerait forcément (ou préférentiellement) des choix judicieux d'usage des moyens. Malheureusement, il n'y a pas de garantie que tel soit le cas : on peut parfaitement voir des situations

de raréfaction matérielle où, néanmoins, on continue à dépenser de manière inconsiderée dans certains secteurs tout en en « affamant » d'autres.

À l'inverse, d'autres facteurs poussent à une médecine pour la médecine :

- la surabondance de l'offre, par des corps professionnels, des établissements de soins et des équipements technologiques en excès. Problème du *numerus clausus* (limitation de l'accès aux études) qu'il faudrait introduire, qui se heurte jusqu'ici en Suisse à une certaine conception de la liberté académique ;
- l'accroissement disproportionné du nombre des spécialistes et super-spécialistes par rapport aux médecins de premier recours (de famille) aggrave encore la situation ;
- les modalités de tarification prévalant jusqu'ici, privilégiant les actes techniques et/ou opératoires (diagnostiques et thérapeutiques), exercent une influence dans le même sens ;
- cela étant, dans un secteur où, même si nous faisons de grands progrès en termes d'information et de dialogue entre soignants et soignés, l'acheteur de prestations ne pourra jamais être aussi éclairé que le voudrait la théorie libérale des mécanismes du marché, l'excès d'offre est un stimulateur fort de médecine pour la médecine ;
- sans pouvoir mener à chef un débat sur ce sujet, il est clair que le paiement à l'acte n'est pas susceptible de promouvoir une médecine économe de ses gestes. Ce système garde des aspects positifs : on est payé pour ce que l'on fait, un certain contrôle est possible. C'est probablement un bon modèle là où l'offre est limitée, où les besoins tendent à dépasser les disponibilités des prestataires, ce qui était la situation chez nous jusque dans les années soixante. Mais, dans un contexte d'offre excédentaire, ses défauts prennent du poids.

L'appréciation globale est donc que, aujourd'hui, les mécanismes qui encouragent une médecine pour la santé restent relativement faibles. Compte tenu des pressions liées à leur survie économique, il faudrait attendre beaucoup d'abnégation de la part des professionnels pour

## Bibliographie

1. F. Gutzwiller, O. Jeanneret. *Médecine sociale et préventive. Santé publique*. Berne : Éditions Hans Huber, 1996.
2. Ph. Lehmann, F. Gutzwiller, J. Martin. The Swiss health system : the paradox of ungovernability and efficacy. In : M. G. Field. *Success and Crisis in National Health Systems. A Comparative Approach*. New York/ London : Routledge, 1989.
3. J. Martin. *Éthique médicale, santé publique et droits de l'homme*. (III<sup>e</sup> Congrès mondial de bioéthique, San Francisco, 20-25 novembre 1996). *Médecine & hygiène* 55, 256-7, 1997.
4. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) et Service cantonal de recherche et d'information statistiques. *La santé des Vaudois en 1996*. IUMSP, Bugnon 17, CH-1005 Lausanne, 1996.
5. C. E. Minder. Socio-economic factors and mortality in Switzerland. *Médecine sociale et préventive/Sozial- und Präventivmedizin* 38, 313-328, 1993.
6. W. Weiss. *La santé en Suisse*. Lausanne : Payot, 1993.
7. J. Martin. Protection de l'environnement, développement durable : quelles implications pour le médecin et l'éthique médicale ? *Bulletin des médecins suisses*. 78, 1723-9, 1997.
8. J. Martin. *Médecine pour la médecine ou médecine pour la santé*. Lausanne : Réalités sociales, 2<sup>e</sup> édition, 1997.
9. Canton de Vaud. *Rapport du Conseil d'État sur les nouvelles orientations de la politique sanitaire (rapport NOPS)*. Lausanne : Chancellerie d'État, Document n° 281, 273 p., juin 1997.
10. Martin J. Health policy and management in pluralistic systems : Trying to make diverse and sometimes contradictory interests converge. In : E. Dekker, A. van der Werff (Eds.). *Policies for Health in European Countries with Pluralistic Systems*, 67-85. Copenhagen : World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.
11. Undritz N. *Le système de santé en Suisse*. Lausanne : Payot, 1988.

qu'ils s'engagent pleinement dans des modes de pratique, des concertations, des collaborations qui évitent des dérives. Le pronostic sur ce point est donc bien réservé<sup>8</sup>.

### La loi fédérale sur l'assurance maladie et ses innovations

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996, la loi du 18 mars 1994 remplace, après une longue histoire de projets législatifs successifs, celle de 1911. Depuis le début du siècle donc, le cadre général de prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie dite sociale était fixé au plan fédéral. Ses aspects, qui ont été beaucoup débattus, étaient le fait qu'elle n'était pas obligatoire (encore que, finalement, 98 % des Suisses environ étaient correctement assurés), que des réserves pouvaient être émises au moment de l'entrée dans une caisse maladie et que les mesures préventives n'étaient pas obligatoirement remboursées (mais pouvaient l'être dans certains cas).

La loi de 1994 introduit les principes nouveaux suivants :

- instauration de l'assurance obligatoire, de subsides aux assurés de condition modeste (qui existaient auparavant aussi, sous des formes différentes), du libre passage d'une caisse maladie à l'autre et de la péréquation des risques (en fonction de l'âge et du sexe des assurés) entre caisses ;
- possibilité ouverte à de nouvelles formes d'assurances avec des choix limités de fournisseurs, en contrepartie d'une réduction de prime (caisses de santé/HMO,...) ;
- introduction de la liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs, qui supprime en principe toute emprise de type cartellaire et modifie l'équilibre actuel du marché des soins ;
- couverture des prestations remboursées par l'assurance de base au coût de production, en respectant la vérité des prix ;
- obligation pour les cantons d'établir une planification pour les établissements sanitaires, tenant compte du secteur privé

existant et des collaborations intercantionales ;

- limite fixant à 50 % au maximum la participation de l'assurance obligatoire au financement de l'hospitalisation en division commune des établissements publics ou subventionnés (le reste étant assumé pour l'essentiel par les cantons), et excluant de cette participation les frais d'investissement, de formation, de recherche, ainsi que ceux résultant des surcapacités ;
- statut analogue de fournisseurs de prestations ambulatoires pour les EMS (établissements médico-sociaux, pour patients chroniques, la plupart âgés) et les services à domicile ;
- exigences posées aux fournisseurs de soins en matière de comptabilité analytique, de statistique de prestations et de garantie de qualité ;
- prise en charge de mesures préventives, qu'il s'agisse de dépistage de certaines maladies ou de promotion de la santé (selon un catalogue agréé).

### Un document récent de bilan et de prospective

Le canton de Vaud a 600 000 habitants (cela en fait le troisième du pays en importance démographique) et compte notamment une faculté de médecine et un hôpital universitaire. À relever à ce propos qu'un rapprochement avec les institutions homologues de Genève est en cours, en vue de la création du Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO), ce qui représente ici un exercice de stratégie organisationnelle et politique hors du commun. Ce canton dispose d'un réseau sanitaire dense, hospitalier spécialement, qui a mis des capacités de soins diversifiées à proximité des citoyens. Les pressions conjointes des difficultés économiques, des avancées constantes de la biomédecine et du raccourcissement des durées de séjour pour soins aigus demandent impérativement un aménagement du système, dans le sens de la concentration des plateaux techniques complexes et des professionnels spécialisés dans un nombre moindre

d'endroits. Il y a lieu aussi de mieux structurer la prise en charge des urgences préhospitalières (en s'inspirant des expériences étrangères, Samu par exemple, c'est un domaine où notre système a laissé à désirer). Un texte fondamental, le rapport sur les nouvelles orientations de politique sanitaire (rapport NOPS)<sup>9</sup>, a été émis en 1997 par le gouvernement du canton (Conseil d'État) et accepté par le Parlement cantonal (Grand Conseil).

Le canton de Vaud comptait 150 professionnels de la santé patentés pour 149 000 habitants en 1810 et 12 000 personnes autorisées à pratiquer (professions soumises à la législation sanitaire) pour 535 000 habitants en 1985, soit 22 fois plus par habitant. L'évolution est ancienne et coïncide avec la naissance de la clinique. Mais la force de l'expansion est récente. Elle trouve dans l'hôpital son meilleur allié. C'est ainsi, par exemple, que les accouchements dans les hôpitaux suisses passent de 44 % vers 1940 à 99 % au cours des années soixante-dix. De même, les décès, encore les plus fréquents à domicile à la fin de la guerre, interviennent en majorité (75 %) dans les institutions sanitaires quarante ans plus tard.

En trente ans, *grosso modo* de 1950 à 1980, les établissements sanitaires vaudois se sont multipliés par six. Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a vu ses lits multipliés par trois. La médecine de son côté s'est différenciée à un rythme rapide : 19 spécialités médicales coexistent en 1941, 32 en 1980. Les autres activités de santé ont vécu le même processus. L'ancien monopole médical des soins s'est partagé entre près de cinquante professions, dont plusieurs ont échappé progressivement au contrôle des médecins. Les médecines autres, naturelles, douces ou parallèles connaissent un essor marqué. Notons encore que, sous l'impulsion de l'État, un fort accent a été mis depuis une dizaine d'années sur le renforcement des services de maintien à domicile, qui sont actuellement à un niveau enviable de couverture et de qualité.

Aujourd'hui, dit le rapport NOPS : « Notre système est le plus cher au monde après les États-Unis. Le rapport entre la

## Buts centraux de la réforme NOPS

**Le Conseil d'État vaudois définit ses buts pour les prochaines années. En général, il s'agit de, *primo*, préserver voire accroître pour chacun l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins et, *secundo*, d'obtenir une meilleure utilisation des ressources engagées, en fonction des besoins de la population.**

Pratiquement, les objectifs principaux sont :

### Simplifier l'organisation

- Transformer les conditions de la coopération par le regroupement d'institutions en quelques grands réseaux de soins
- Réduire les surcapacités
- Assurer une meilleure orientation des patients
- Améliorer le suivi des patients d'une institution à l'autre
- Faciliter la coordination entre professionnels et la rendre moins coûteuse
- Favoriser les transferts de moyens vers les filières les plus performantes.

### Moderniser la gestion

- Fonder l'allocation de moyens sur des bases contractuelles, explicites et mesurables
- Introduire des critères sanitaires de coûts et de qualité
- Adapter l'information de gestion à cette exigence
- Introduire des mécanismes de concurrence entre institutions de soins
- Assurer une information compréhensible et motivante de la population et des patients
- Faire une large place dans l'appréciation des résultats à la qualité perçue par les patients.

### Des priorités en matière de prévention

Pour les années à venir, ces priorités, retenues par la Commission cantonale de prévention et incluses au Rapport NOPS, sont :

- Promouvoir la santé dans la petite enfance (0 à 6 ans) en favorisant le développement psychoaffectif de l'enfant ;
- Prévenir les grossesses non désirées, les avortements et les problèmes liés à la sexualité, en favorisant la naissance d'enfants désirés et leur accueil dans de bonnes conditions ;
- Diminuer la fréquence du tabagisme (facteur de risque majeur dans les deux domaines pathologiques dominants, maladies cardio-vasculaires et cancers) ;
- Diminuer la consommation moyenne d'alcool (facteur de risque de cancers, de maladies dégénératives, d'accidents) ;
- Diminuer la fréquence des accidents (circulation, sport, travail), dont les victimes sont souvent jeunes et les conséquences lourdes ;
- Améliorer l'alimentation (manger moins, moins gras et moins sucré) ;
- Améliorer l'environnement social (maintien de conditions socio-économiques acceptables pour tous) ;
- Développer le dépistage précoce des maladies, en collaboration avec les professions de soins ;
- Réduire les problèmes de santé liés à l'activité professionnelle (une nouvelle directive de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail est entrée en vigueur en 1996, précisant dans quelles conditions les entreprises doivent faire appel à des spécialistes formés) ;
- Développer le système d'information en coordonnant mieux les enquêtes, en développant la coopération intercantonale, en poursuivant l'évaluation des interventions de prévention ;
- Maintenir les efforts engagés concernant notamment la lutte contre la toxicomanie, la surveillance des maladies infectieuses et de la couverture vaccinale, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du sida.

*densification des services de santé et les résultats sanitaires est de plus en plus ténu. Nos institutions fonctionnent sans objectifs partagés capables de mobiliser ou de contraindre les différents intervenants. Le système a poussé dans tous les sens, avec une atomisation des fournisseurs de soins, la duplication des équipements et les surcoûts associés [...]. Les observateurs sont de plus en plus nom-*

*breux à penser que notre système de santé est trop cher pour la qualité qu'il offre ».*

D'un point de vue de santé publique, la nouvelle mortalité est faite moins d'infections que de dégénérescences, elle relève de plus en plus de facteurs liés à l'environnement et aux comportements individuels. En matière de morbidité, les maladies chroniques dégénératives occu-

pent une place désormais déterminante dans les demandes de soins et la consommation de ressources. Cette double évolution (morcellement des institutions et des pratiques d'une part, prédominance des maladies chroniques d'autre part) a accentué le décalage entre soins fournis et attentes des patients. Aux besoins du malade chronique où les pathologies multiples sont la règle, où la guérison est



l'exception, le système répond par la fragmentation.

La pression budgétaire, en l'absence d'une stratégie thérapeutique alternative, pourrait aggraver encore ce problème. La chasse aux « gaspis », la traque des journées inappropriées, la réduction des durées de séjour, la spécialisation plus accentuée de chaque institution pour mieux se positionner dans un univers plus concurrentiel, pourraient se traduire pour les patients chroniques en un parcours où les obstacles sont de plus en plus nombreux. Pour le malade en effet, la coordination des décisions, le suivi et la cohérence des actions de soins sont d'autant plus importants que sont nombreuses les institutions qu'il traverse. Or, malgré les développements interdisciplinaires et les efforts d'organisation de filières, les difficultés de faire converger connaissances et actions sur des personnes bien réelles demeurent. Nombreux sont les soignants avouant leur désarroi face à ces malades sans lésions localisables, aux causes vagues et complexes, qui peuvent représenter la moitié de la clientèle des généralistes et le fonds de commerce des services de médecine. Ces tendances accroissent l'interdépendance entre professionnels et unités de soins.

Définir et mettre en œuvre un projet de soins par patient, tenir compte de la personnalité particulière du malade, l'aider à manifester ses préférences, intégrer dans la mise en œuvre la part d'incertitude, étendre le projet de soins à la pré et post-hospitalisation, donc prendre en compte d'autres logiques de soins et d'autres modes de fonctionnement, tout cela constitue une quête épuisante et un exercice d'autant plus complexe que les séjours se raccourcissent<sup>9</sup>.

### Éviter le système de santé à plusieurs vitesses

Ce qui précède apporte des éclairages sur la manière dont la Suisse, et un canton en particulier, entendent faire face aux défis de l'avenir. Il convient de relever combien les menaces actuelles sont réelles sur des éléments que la plupart des Euro-

péens occidentaux en sont venus au cours du dernier demi-siècle à considérer comme acquis, « normaux », en ce qui concerne les prestations médico-sociales et l'accès aux soins.

Une conférence du Council for international organizations of medical sciences (CIOMS) tenue à Genève en mars 1997, sur l'éthique, l'équité et le renouveau de la stratégie de la santé pour tous de l'OMS, a discuté la problématique fondamentale de l'équité versus utilité/utilitarisme. En général jusqu'ici, la médecine a considéré qu'il était judicieux de faire ce qui a des effets positifs, sans trop se préoccuper de savoir qui bénéficiait de ces effets. Bien que les médecins par leur formation n'aient guère été préparés à ces réflexions, il est indéniable aujourd'hui qu'il se peut que, suivant ce principe, on fournisse des prestations utiles à un segment de la population seulement ; parce que ce segment est proche du système de santé, parce que les rapports avec lui sont faciles (homogénéité culturelle et sociale), tandis que d'autres groupes peuvent être laissés avec des soins inadéquats, voire pas de soins du tout (voir la situation aux États-Unis). Or, même si dans une telle hypothèse les ressources sont employées utilement et efficacement, il n'est pas admissible qu'elles le soient préférentiellement en faveur d'une partie de la collectivité seulement. Et, même si l'efficacité globale (*aggregate good*) devait être moins grande, il est éthiquement préférable de s'assurer que les ressources (soins de santé) sont distribuées plus équitablement à l'ensemble de la collectivité. Le fait est qu'il y a des modes de faire qui font que, même dans un pays encore relativement homogène comme la Suisse, « *the rich get richer and the poor get poorer* » (on parle ici d'accès aux soins, pas de revenus matériels).

Au vu des difficultés socio-économiques actuelles, l'alternative pourrait être la suivante à l'horizon d'une vingtaine d'années :

- ou bien, dans une société qui gardera un caractère libéral et permettra l'initiative privée, mais qui aura aussi maintenu une solidarité suffisante, on fera en sorte

que l'ensemble de la collectivité ait accès équitablement à des soins pertinents, chacun en fonction de sa maladie, son accident ou son handicap. Ceci dans le cadre d'un consensus sociétal (au moins relatif) que cet accès est assuré indépendamment de la capacité à payer, et que par ailleurs il y a des circonstances où, les moyens efficaces du système de santé étant dépassés, la place est à la relation humaine, à l'accompagnement, et n'est plus aux techniques. Un aspect donc de cette nouvelle culture, largement à inventer, est qu'il y a des limites (éthiquement défendables) à définir aux revendications que peut formuler un individu donné vis-à-vis du système de soins ;

- ou bien, selon des scénarios qu'ont déjà présenté des films de fiction, nous aurons évolué vers une société fragmentée, cloisonnée, où certains bénéficieront de tout, y compris de ce qui est non pertinent et/ou inefficace, et le voudront néanmoins parce qu'il faut « tout tenter », alors que d'autres, quoique issus d'une communauté relativement solidaire du temps de leurs parents, seront l'objet de discriminations nouvelles et n'auront peut-être à leur disposition que des structures assistancielles insuffisantes. Une société qui, malgré les potentiels de ses hauts faits technologiques, sera de plus en plus à plusieurs vitesses.

L'enjeu essentiel sera d'équilibrer le débat et les arbitrages entre l'intérêt individuel et l'intérêt commun, dont il faudra à différents égards (re)définir le sens et la place. ■

### Dr Jean Martin

Privat-docent à la Faculté de médecine, Médecin cantonal, Service de la santé publique, Cité-Devant 11, CH-1014 Lausanne