

5. Repères pour une alternative

La portée de la votation du 11 mars 2007 va au-delà de la proposition de mettre en place une caisse maladie unique et sociale (CMUS). Elle donne l'occasion aux usagers et au personnel du système de santé d'exprimer sur le plan politique leur ras-le-bol à l'égard des conséquences, déjà très sensibles, du renforcement simultané des mécanismes du marché et du pouvoir des caisses maladie. Face à l'avalanche de révisions de la LAMal concoctées par le Conseil fédéral et le Parlement, la CMUS invite aussi à réfléchir à une politique de la santé alternative. Et d'aborder des questions comme: Quels soins voulons-nous garantir à l'ensemble de la population? Quelles ressources la société est-elle prête à consacrer à cela? Quelle importance accordons-nous au fait que l'accès à des soins de qualité ne dépende pas du revenu? Où doit se décider l'avenir du système de santé: sur un marché dominé par de grands groupes économiques (pharmas, agro-alimentaires, chaînes d'hôpitaux, assurances, etc.), ou au cours d'un débat démocratique permanent associant personnel de santé et usagers?

Ces réflexions supposent de ne pas se limiter à des refus ponctuels, très nombreux, des conséquences de l'actuelle politique de santé. Donc de rompre avec le modèle néoclassique, dont la grande force est de faire système et de réduire ainsi le possible à ses seules recettes.

Un projet alternatif ne pourra être que le fruit collectif d'échanges entre toutes celles et tous ceux qui, par leur engagement professionnel et/ou social, par leurs activités sur les lieux de travail et dans des syndicats sont attachés à une politique de la santé voulant assurer le droit à l'accès aux soins ainsi qu'à un cadre de vie et de travail favorable à la santé. Cette réflexion se nourrira tant des expériences de résistance à la politique néolibérale à l'œuvre, même les plus modestes, que du dialogue avec celles et ceux qui, ailleurs en Europe et dans le monde, partagent cette exigence de défendre une autre politique de la

santé face à la machinerie néoclassique portée par les gouvernements et les grandes agences internationales (OCDE, Banque mondiale, OMS, etc.). Comme contribution, nous proposons ci-dessous quelques idées force.

La santé, un bien public...

On fait aujourd'hui de la santé une affaire de responsabilité individuelle. Cela justifie la généralisation des mécanismes de marché, le transfert des charges financières sur les individus et l'occultation des responsabilités relevant de l'ordre économique et social actuel (conditions de travail et de vie, etc.). Il est nécessaire de rompre avec cette mystification et de remettre au centre l'idée que la santé est un bien public. D'un triple point de vue.

Premièrement, l'état de santé de la population est d'abord façonné par des réalités collectives : le niveau global de richesse d'une société, l'ampleur des inégalités sociales (y compris entre femmes et hommes, entre personnes domiciliées et personnes migrantes), la qualité de la desserte technique du territoire (alimentation en eau, évacuation des eaux usées et des déchets, transports, etc.), la situation environnementale, les conditions de travail, de logement et de vie, l'offre générale de formation, la protection sanitaire globale de la population (vaccinations, surveillance des épidémies, dispositifs de dépistage des principales maladies), etc.

Si l'on veut agir sur ces réalités, et ne pas les laisser être façonnées par des intérêts privés et les mécanismes du marché, il est nécessaire de mettre en place des politiques publiques de prévention, avec des dimensions économiques, sociales, politiques, culturelles, sanitaires et impliquant des actions effectives des intéressé-e-s. Cela veut dire rompre avec une prévention alibi, dont les principales fonctions sont de culpabiliser les individus et de légitimer la mise sous contrainte budgétaire de la médecine. Cela concerne notamment :

1° l'aménagement du territoire, des transports et de la protection de l'environnement, à partir d'une évaluation de l'impact que les dynamiques en cours et les politiques en vigueur ont sur la santé de la population, ce qui n'a encore jamais été fait ;

2° une refonte des processus de travail à partir d'une exigence : éliminer ou, lorsque cela n'est pas possible, minimiser et compenser tous les aspects de l'organisation du travail dont l'impact négatif sur la santé physique et psychique des salarié-e-s est établi. L'abaissement du temps de travail et de l'âge de la retraite sont deux mesures immédiates pour compenser l'usure générée par un travail toujours plus sous tension ; ce qui participe de la revalorisation effective du travail effectué aux yeux mêmes de celles et ceux qui le font. De même, combattre la précarité et le chômage est une puissante mesure de prévention en matière de santé ;

3° la garantie aux salarié-e-s d'un ensemble de droits leur permettant d'obtenir le respect de conditions de travail acceptables sur leurs lieux de travail. Une protection contre les licenciements des syndicalistes, comme l'exige l'Organisation internationale du travail (OIT) de la Suisse, serait un premier pas dans cette direction ;

4° la réinsertion des exclus du marché du travail par des politiques axées sur le soutien aux personnes concernées et le développement de qualifications nouvelles, et non pas, comme le prévoit la 5^e révision de l'AI, sur le dépistage des prétendus abus, le resserrement des critères d'admission et le durcissement des sanctions économiques contre les récalcitrants.

Deuxièmement, la production de soins est et doit toujours plus être collective. Les soins ont une dimension empirique essentielle, demandant la prise en compte d'une multitude de facteurs complexes : biologiques, médicaux, sociaux, culturels, etc. Cela exige un système permanent d'échanges, de mise en commun des expériences et de validation pour

assurer la diffusion des pratiques offrant, à un moment donné, un niveau de qualité maximal. Les tenants de la théorie de la « demande induite par l'offre » pointent cette dimension empirique de la médecine, et le fait qu'elle se traduit par une très grande inégalité dans les options thérapeutiques retenues, pour légitimer un processus de standardisation sous contrainte financière. L'alternative à cette approche aujourd'hui dominante ne réside pas dans un repli vers un passé idéalisé de la pratique libérale, mais plutôt dans le renforcement des espaces publics, adossés aux espaces professionnels existants – littérature spécialisée, espaces de formation continue –, permettant à ces échanges de se développer sans que leurs conclusions soient prédéterminées par des contraintes financières, par des diktats des assurances, ou par des intérêts commerciaux comme ceux des grands laboratoires pharmaceutiques, qui conditionnent aujourd'hui de larges pans de la formation médicale.

Troisièmement, les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui un fait social majeur, et des plus choquants (à l'échelle planétaire en premier lieu, mais aussi dans chaque région ou pays). Seule une politique publique d'ampleur peut être à même d'affronter une telle réalité, en agissant sur ses déterminants économiques, sociaux et culturels et en mobilisant les ressources nécessaires pour garantir l'égalité d'accès aux soins et aux mesures de prévention.

... exigeant
une
planification
démocratique
...

Une politique de la santé conçue pour apporter la réponse la meilleure possible, à un moment donné, aux besoins de l'ensemble de la population ne peut pas être pilotée par une combinaison d'intérêts privés et de marché. Elle doit être régie par des mécanismes de planification. Partant de l'état de santé de la population et d'une évaluation des besoins réels en matière de prévention et de soins, la planification a

pour mission d'allouer les ressources disponibles et de définir des priorités de développement.

Le terme de planification peut recouvrir des significations très diverses. Ainsi, la LAMal exige des cantons une planification des investissements publics dans le secteur hospitalier. Cependant, le financement des hôpitaux au moyen des forfaits par cas vide cette « planification » de tout contenu. C'est la seule concurrence entre établissements, publics ou privés, dans le cadre d'une allocation de ressources ultra-restrictive, qui façonnera le développement de ce secteur décisif du système de santé.

Un cadre planifié n'est pas non plus une condition suffisante pour assurer l'accès de toutes et tous à des soins de qualité. D'autres pays démontrent qu'un système de santé public organisé nationalement, et répondant de ce fait à un certain nombre de règles de planification, peut être prisonnier d'exigences financières rendant difficile un niveau de prestations suffisant. Les promoteurs de la libéralisation du système de santé suisse ne se privent pas de citer les mauvaises performances du National Health Service (NHS) britannique, sous-doté financièrement pendant des décennies, avant que Margaret Thatcher puis Tony Blair n'y introduisent de plus en plus de mécanismes de marché. Ils omettent de mentionner le cas de la Suède. Ce pays a un système semblable à celui de la Grande-Bretagne, qui jouit aujourd'hui encore d'une large adhésion de la population, en dépit de lacunes importantes, notamment de temps d'attente excessifs pour accéder aux soins. Le problème ne doit pas pour autant être éludé. Un système national de santé peut être soumis à des contraintes budgétaires brutales qui font l'objet de décisions échappant à tout contrôle démocratique parce que monopolisées par des organes exécutifs. Pour éviter cela, deux conditions sont nécessaires.

En premier lieu, il faut refuser l'idée que la part des dépenses de santé dans la production annuelle du

pays (au PIB) aurait atteint aujourd'hui un niveau maximum, qu'on ne saurait dépasser sans que cela ait un impact négatif sur le développement économique et sur les revenus de la grande majorité de la population. La proportion des ressources allouées à la santé doit être l'objet d'un choix collectif, intégré à des priorités de développement pour l'ensemble de la société, portant sur des périodes relativement longues (pour repère, il faut compter 10 à 15 ans pour former un médecin, au moins autant pour construire un nouvel hôpital).

En second lieu, la planification que nous préconisons suppose un cadre démocratique de débat et de prise de décisions, associant en permanence usagers et professionnels de la santé. Les procédures démocratiques devant déboucher sur des décisions doivent notamment prendre en considération :

- 1° l'état de santé de la population,
- 2° les exigences en matière de prévention, de diagnostic et de thérapie telles qu'elles ressortent du travail de la communauté scientifique et médicale,
- 3° les droits et les attentes des usagers,
- 4° le respect de conditions de travail acceptables pour le personnel de la santé,
- 5° les priorités de développement de la collectivité (ressources affectées à la santé, objectifs prioritaires de la politique publique, éventail des prestations prises en charge collectivement),
- 6° l'impact que les changements envisagés peuvent avoir sur l'ensemble du système de santé,
- 7° les évaluations régulières de la pertinence des choix, des pratiques, des changements effectués, etc.

Ce sont des conditions nécessaires pour que les choix de développement du système de santé ne soient pas délégués à des institutions privées, guidées ou non par la recherche de profits, ni asphyxiés par un corset budgétaire. C'est dans un tel cadre qu'il est possible

de mettre en place des procédures d'évaluation des besoins et de contrôle de la qualité, qui ne sont pas des outils de contrôle ou de discipline financière, mais des instruments pour une amélioration collective de la pratique médicale¹.

Une telle approche implique de rompre avec le système libéral, fondé sur la libre entreprise du médecin et, dans une large mesure, de l'hôpital, tel qu'il a été la règle jusqu'à maintenant en Suisse. Un projet alternatif de politique de la santé ne peut pas consister à défendre la « vieille » médecine libérale, même si, dans le contexte marqué par la montée en puissance des assurances maladies, nombre de médecins partisans d'un modèle libéral se retrouvent à s'opposer aux caisses maladie et à défendre l'idée d'une caisse unique.

Une planification démocratique du système de santé demande également un contrôle public sur les acteurs déterminants de la politique de la santé au même titre que la participation active des professionnels de la santé à une planification démocratique. Cela concerne bien entendu les infrastructures sanitaires, comme les hôpitaux, ou le système d'assurance-maladie. Mais comment concevoir une planification efficace si ce contrôle public ne s'étend pas également à des acteurs aussi décisifs que les laboratoires pharmaceutiques ou les secteurs industriels ou de service produisant des équipements pour la santé ?

1. Pour y parvenir, il faudra notamment développer des outils de mesure de l'activité hospitalière alternatifs aux DRG, qui sont biaisés et conçus pour focaliser l'attention sur le contrôle et la discipline financière (cf. pp. 31 et 35-36).

... et un financement solidaire

Le mode actuel de financement des dépenses de santé est contradictoire avec l'exigence d'assurer l'accès de l'ensemble de la population aux meilleures prestations possibles de santé. La part que doivent assumer les ménages est écrasante. Elle est répartie de manière profondément inégalitaire. Elle nourrit l'individualisme plutôt que la solidarité.

Cette situation exige de repenser le financement de l'assurance-maladie obligatoire.

Trois principes devraient y présider :

1° Le catalogue de prestations couvertes doit être élargi. Deux domaines viennent immédiatement à l'esprit : la couverture des soins dentaires, la couverture des soins et des frais d'hébergement de longue durée pour les personnes âgées.

2° Les participations au financement (franchise, participation aux frais) sont en règle générale à supprimer.

3° Une caisse unique, agissant sous le contrôle conjoint des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des assurés, est nécessaire. Son financement devrait répondre aux critères suivants : i) des recettes provenant de primes et/ou l'impôt, qui sont affectées au financement de la santé ; ii) des cotisations des ménages, actifs ou non (retraités), proportionnelles au revenu et à la fortune. En deçà d'un niveau de revenu, correspondant à ce que la société définit comme minimum social, les personnes concernées ne cotisent pas ; c) pour les salarié-e-s, les employeurs versent une contribution au moins égale à celle de l'employé.

Une comparaison avec l'AVS permet de se faire une idée de ce que cela impliquerait. En 2004, 1 % de cotisation salariale pour l'AVS/AI rapportait 2,7 milliards de fr. Pour financer l'ensemble des dépenses de l'assurance-maladie obligatoire effectuées en 2004, y compris les participations des assurés (franchise, etc.), et déduction faite du financement actuel par le biais de l'impôt, une cotisation salariale de 3,4 %, additionnée à une même cotisation versée par les employeurs, aurait suffi. Or, la prise en compte des revenus des personnes à la retraite augmenterait sensiblement les recettes, compensant largement l'absence de cotisation des personnes vivant avec un revenu

inférieur au minimum social. On constate ainsi qu'un tel type de financement permettrait une couverture maladie étendue avec des charges réduites pour les ménages : avec une cotisation de 3,4 %, on arrive à environ 250 fr. de cotisations maladie par mois pour une famille de 4 personnes et disposant d'un revenu mensuel de 7000 fr.

Un objectif nécessaire et possible

Le chemin pour concrétiser un tel projet alternatif sera long. La proposition de caisse unique et sociale soumise au vote le 11 mars 2007 peut constituer un premier pas. Quel que soit le résultat du vote, le combat devra ensuite se poursuivre. Cela nécessitera que ce projet se précise au fil des débats et des confrontations sociales et politiques, de même qu'un engagement collectif et conjoint des usagers et des salarié-e-s du système de santé.

