

Introduction

Novembre 2006 : H +, l'association des hôpitaux de Suisse, publie dans sa revue mensuelle *Competence* un dossier consacré au financement des hôpitaux au moyen de forfaits par cas, devant entrer en vigueur dans toute la Suisse en 2009. Ce mode de financement aura pour effet d'exacerber la concurrence entre hôpitaux et la pression sur leurs budgets. En ouverture du dossier, un article : « *La thérapie de Porsche pour la chirurgie cardiaque* ». L'histoire se veut édifiante : la clinique universitaire de Fribourg-en-Brisgau (D) a fait appel aux conseils de Wendelin Wiedeking, le patron du groupe automobile Porsche (Stuttgart), pour réorganiser son département de chirurgie cardiaque¹. En Allemagne, le financement des hôpitaux au moyen de forfaits par cas est en vigueur depuis quelques années et il y déploie tous ses effets : la moitié des établissements sont dans les chiffres rouges. Porsche est le groupe automobile le plus rentable au monde. L'idée est de réorganiser la production de soins de l'hôpital en s'inspirant des méthodes mises en œuvre chez Porsche. Pour la revue de H +, le bilan est remarquable. L'« *optimisation des processus* » au sein de l'hôpital aurait permis un gain de productivité de 30 % ; la durée moyenne de séjour aurait reculé de 11,2 à 9,6 jours. Pas un patient n'aurait dû être renvoyé dans l'attente d'une place qui se libère. Et même le personnel serait gagnant : il aurait pu réduire son temps de travail d'un quart d'heure par jour. Que demander de plus ? (Pour le savoir, il aurait peut-être fallu poser la question au personnel soignant ainsi qu'aux patients...) Pour enfoncer le clou, dans un encadré, *Competence* signale que depuis des années des hôpitaux américains utilisent les méthodes de management de Toyota.

1. Voici comment W. Wiedeking décrit sa réorganisation de Porsche : « Des phases d'usinage complètes furent détachées, les niveaux de hiérarchie ramenés de 6 à 4, le nombre des cadres réduit de 38 %. Les horaires fixes de travail furent transformés en durée variable de travail. S'il n'y a pas de commandes, les salariés restent chez eux ; si tout va bien, les heures de travail sont rattrapées. » Les deux journalistes Wolfgang Peters et Peter Meck concluent : « Un seul but semblait avoir de l'importance [pour W. Wiedeking] : faire progresser la production., les ventes, les bénéfices et le cours de l'action. » (Deutschland.online, 15.11.2006)

Toujours novembre 2006 : le Grand Conseil zurichois élit le président du nouveau conseil de l'hôpital universitaire de Zurich. Ce sera Peter Hasler, directeur de l'Union patronale suisse de 1993 à mai 2006. « *Depuis plus de 30 ans au service du patronat* »,

comme l'explique l'Union patronale suisse (UPS) sur son site, Peter Hasler a été le fer de lance des contre-réformes visant les assurances sociales et les droits des salarié-e-s. Le même jour, le Grand Conseil zurichois a élu Ulrich Baur à la tête du conseil de l'hôpital de Winterthour. U. Baur est l'ancien chef des finances du groupe Bühler (Uzwil SG), qui produit des installations industrielles pour l'agroalimentaire.

Mieux que de longs discours, ces deux exemples donnent à voir les dynamiques à l'œuvre aujourd'hui dans le domaine de « l'industrie de la santé » en Suisse.

– Le système de santé, particulièrement son secteur hospitalier, est en train d'être soumis à des processus de restructurations analogues à ceux qui ravagent les autres secteurs économiques depuis trois décennies. La construction de toutes pièces de mécanismes concurrentiels de marché (avec de fortes tendances cartellaires, d'ailleurs), combinée avec un carcan budgétaire, sert à briser les résistances.

– Le fait que l'on retrouve à la tête de grandes institutions publiques du système de santé une partie des décideurs qui ont conduit les contre-réformes des années 1990 montre combien ce sont les mêmes méthodes qui sont mises en œuvre pour atteindre des buts convergents. Comme pour les retraites ou l'assurance invalidité (AI), les contre-réformes dans le domaine de la santé visent à réduire les droits sociaux de la grande majorité de la population. Pour les retraites, cela signifie élévation de l'âge de la retraite et réduction des rentes. Pour l'AI, c'est l'accès même à la rente qui est remis en cause. Dans le cas de la santé, cela passe par une course à la productivité – dégradant la situation du personnel soignant, restreignant sa possibilité de déployer effectivement ses connaissances et son expérience, et menaçant déjà la qualité des soins – et par un transfert accru des charges sur le dos des ménages, hypothéquant l'accès de couches entières de la population à certains soins. Dans chaque cas, l'enjeu pour la classe domi-

nante qui mène ces contre-réformes est de rogner progressivement le salaire socialisé que représentaient ces droits. Et d'élargir ainsi la part de la richesse pouvant faire l'objet d'une appropriation privée.

Les caisses maladie occupent dans ce dispositif une place de choix, qui leur a été donnée par la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), portée sur les fonds baptismaux en 1994 par la socialiste Ruth Dreifuss. Elles sont en quelque sorte les agents armés (grâce aux pouvoirs que leur donne la LAMal) de la contre-réforme. D'éminents « spécialistes » expliquent cela avec toute la clarté nécessaire. La Commission fédérale pour les affaires conjoncturelles a publié fin octobre son *Rapport annuel*, consacré, pour l'essentiel, au système de santé. Elle déplore la lenteur avec laquelle la restructuration du secteur hospitalier progresse : « Pour un directeur [cantonal] de la santé publique, s'engager en faveur de la fermeture d'un hôpital

Le premier scandale en matière de santé publique est, évidemment, planétaire. Quelque 2,5 milliards d'habitants de la planète n'ont aucun accès à des structures sanitaires de base. L'espérance de vie est de 81 ans en Suède, elle est de 40 ans en Angola. Alors que 4 enfants sur 1000 décéderont en Suède avant 5 ans, ils seront 260 sur 1000 à mourir avant 5 ans en Angola. Des maladies qui provoquent des ravages terribles, comme le paludisme, ne font l'objet d'aucun programme prioritaire de recherches des laboratoires pharmaceutiques : il n'y a pas suffisamment de demande solvable, autrement dit la très large majorité des habitants ne peut acheter des médicaments ; et les structures étatiques de santé publique ont été détruites entre autres sous l'effet des politiques d'ajustement structurel impulsées par le FMI. Les femmes et les enfants sont les premières victimes de ce désastre inhérent au système socio-économique et politique dominant. Ces réalités, essentielles, dépassent les thématiques que nous sommes en mesure d'aborder dans cette brochure, même si les correspondances ne manquent pas entre les mécanismes sociaux, politiques, économiques et culturels qui sont à leurs origines et ceux dont nous esquissons ici l'analyse.

revient presque à un suicide politique. Le risque de ne pas être réélu est très élevé. C'est pourquoi l'incitation des gouvernements à réaliser des économies dans ce domaine est plutôt faible. » (p. 38) L'OCDE reprend la même thèse dans son *Examen* du système de santé suisse (p. 177).

Conclusion : il ne faut plus que ce secteur essentiel du système de santé reste soumis au contrôle des autorités politiques, ayant malheureusement encore quelques comptes « démocratiques » (élections) à rendre. Comment y parvenir ? En confiant le financement des hôpitaux uniquement aux assurances maladie (financement moniste : cf. glossaire). Et en renforçant les mécanismes de marché, présentés comme incontestables puisque « naturels ». En d'autres termes, il s'agit de combiner la dictature des caisses maladie et de leur direction et celle du marché (sur lequel interviennent de plus en plus des firmes et des entrepreneurs visant à en tirer profit) pour imposer les changements que l'essentiel de la population refuse car elle les perçoit actuellement, à juste titre, comme insupportables, injustes et inacceptables. Cela au moment même où la brutalité de la politique de ces dernières années provoque, en particulier parmi les professionnels de la santé, l'ouverture d'un débat public sur les choix à faire en matière de santé : Quelles ressources la société veut-elle consacrer aux soins ? Veut-on subordonner les choix thérapeutiques à des critères financiers ? Si oui, auxquels, définis par qui et comment ? Est-il légitime de rationner l'offre de soins assurée à certaines catégories de patients, les personnes âgées par exemple, à partir de calculs rapportant les coûts à l'efficacité escomptée (nombre d'années de vie gagnées) ? La généralisation d'une médecine à plusieurs vitesses est-elle inévitable ? Et acceptable ?

C'est ce contexte qui donne toute son importance à l'initiative pour une caisse maladie unique et sociale (CMUS), soumise au vote le 11 mars 2007. Lancée en

2003 par le Mouvement populaire des familles (MPF) et quelques militants de la première heure, elle permet de proposer une autre perspective dans deux domaines essentiels :

- Premièrement, en prônant l'existence d'une seule caisse maladie, publique, elle propose de donner un coup d'arrêt à la généralisation des mécanismes de marché (entre caisses, et entre prestataires de soins sous la contrainte des caisses) pour façonner l'avenir du système de santé. En demandant que cette caisse unique soit administrée conjointement par des représentants des pouvoirs publics, des assurés et des prestataires de soins, elle indique le début d'une autre voie possible, celle d'un contrôle démocratique.
- Deuxièmement, en exigeant des primes en fonction de la capacité économique des assurés, l'initiative met le doigt sur le scandale actuel du niveau incroyablement élevé, et profondément inégalitaire, de la prise en charge par les ménages des dépenses de santé, d'autant plus que les revenus du capital sont de fait quasi exonérés de toute participation au financement.

Un OUI décidé à cette initiative est donc de la première importance le 11 mars prochain.

La brochure éditée aujourd'hui par le Mouvement pour le socialisme (MPS) n'entend pas être un argumentaire de plus en faveur de cette initiative. Le comité qui a porté ce projet dès le premier jour a publié un matériel qui plaide sa cause. Nous ne pouvons qu'y renvoyer (www.caissemaladieunique.ch et www.mpf-ch.org/caisse-unique).

L'ambition de cette brochure est différente : apporter, à l'occasion de cette votation, un éclairage, partiel, sur la logique des contre-réformes à l'œuvre dans le domaine de la santé et de l'assurance-maladie, montrer comment les révisions successives de la LAMal approfondissent ces contre-réformes, rappeler le rôle décisif (mais passé sous silence) des conditions de travail sur l'état de santé de la population, proposer

quelques points de repère pour une réflexion sur des alternatives.

Que l'initiative pour une caisse maladie unique et sociale soit acceptée ou rejetée, l'avenir de la politique en matière de santé restera au cœur d'affrontements politiques et sociaux ces prochaines années. C'est à l'échelle européenne et internationale que la bourgeoisie et ses agences, comme l'OCDE ou la Banque mondiale, assèment leur programme cohérent de contre-réformes. Il ne sera pas possible d'y résister sans engager la réflexion sur une autre cohérence, prenant les besoins de la population en matière de santé comme point de départ. La brochure du MPS souhaite y contribuer.