



Confusion dans le financement hospitalier

Ce qui frappe, dans la réforme du financement hospitalier qui débutera en janvier prochain, c'est la persistance du flou et de l'incompréhension. Et, en conséquence, la panique qui commence à saisir l'ensemble des acteurs.

Les partis politiques ? Ils apparaissent hors jeu, sans repères, largués par l'ampleur des questions. Leur vieux stock de références idéologiques ne leur sert à rien pour décider de la manière d'appréhender un sujet aussi subtil et mélangé de chausse-trappes pratiques et éthiques. Les quelques décideurs politiques qui gardent de l'influence sur l'évolution de la réforme semblent avancer sans cap, sans boussole et pour tout dire sans horizon. Ils se justifient à l'aide de : «il fallait bien réformer un système vieillot». Ou : «la plupart des pays utilisent déjà les DRG ». Ce qui est vrai. Mais un peu court. Car le diable du pouvoir et des profits se cache dans les détails. Et, au plan global, la réforme helvétique a une manière bien à elle de mélanger les genres et d'embrouiller les objectifs.



C'est en réalité à d'autres niveaux que se livre la bataille – car bataille il y a : chacun voulant capter les bénéfices de cette réforme. Pour comprendre le jeu de ses acteurs, il s'agit de penser en trois dimensions. Sur la surface politique se trouvent le Parlement, le Conseil fédéral et les cantons. Sur un axe vertical agissent les lobbys. Deux surtout. L'un, puissant, tentaculaire, celui des assureurs maladie. Et l'autre, aux moyens plus limités, celui des hôpitaux (H+). Ils infiltrèrent l'intime de la politique fédérale. Au niveau cantonal, ils distribuent conseils et avantages, mais doivent affronter la force d'influence des cliniques privées. Les médecins ? Leur influence reste ténue. N'ayant pas vraiment poussé à la réforme, ils ne s'y sont pas opposés non plus. S'ils ont accepté d'entrer dans la société-maîtresse du système, SwissDRG, c'est pour occuper le strapontin qu'on voulait bien leur donner. Dans l'état actuel de confusion, ils n'essaient pas de prendre le rôle de leader : tout juste manifestent-ils quelques exigences, refusant par exemple le transfert des diagnostics aux assurances. Mais sans que nul ne sache jusqu'où porte au juste leur détermination.



L'étonnant, c'est qu'à aucun moment du processus décisionnel de la réforme les praticiens (médecins hospitaliers, personnels soignants, administrateurs de terrain), et encore moins les patients, n'auront été sollicités. De l'ensemble des expertises nécessaires à la construction d'un système de santé, une seule aura compté : celle des économistes de la santé de l'église des DRG.

Cette église a ses prêtres et sa Bible. Chaque semaine, un petit groupe de spécialistes, liés à SwissDRG, évangélise la population soignante dans les revues spécialisées. L'hypertechnicité de leur message entraîne qu'il est impossible de le critiquer. Elle tient à distance les praticiens, qu'ils soient médecins ou infirmières. Jamais, d'ailleurs, on ne leur demande de participer à une quelconque étape de la réforme : ils doivent simplement se préparer «au grand changement» et obéir aux instructions. Même les articles du *Bulletin des médecins suisses*, écrits par les médecins que la FMH délègue pour la représenter, sont parfaitement illisibles, truffés d'un vocabulaire abscons, si bien que le non-spécialiste se sent stupide dès la première ligne. Tout langage est un pouvoir, affirmait à raison Foucault.



L'application aux hôpitaux (sauf le domaine psychiatrique) d'un financement par DRG ne représente que la première partie de la réforme du financement. L'autre, peut-être encore plus ubuesque et floue, étant l'obligation pour les cantons de constituer une liste d'établissements intégrés au système subventionné et de décider du pourcentage de leur soutien aux coûts hospitaliers.

Selon les directeurs cantonaux de la santé, l'ensemble du nouveau financement hospitalier représentera un surcoût d'un milliard pour les cantons et de 400 millions pour l'assurance maladie de base. Et à qui cet argent profitera-t-il, puisque, à la fin, la production hospitalière ne devrait pas augmenter et les coûts rester stables (c'est la promesse de la réforme) ? Eh bien, aux assurances complémentaires (à tous les coups) et aux cliniques (peut-être), puisque les cantons devront prendre en charge une partie des traitements dispensés par les établissements privés figurant sur leurs listes. Ce scénario avait-il été discuté par les Chambres, lorsqu'elles ont accepté ce nouveau financement, en décembre 2007 ? Non. Personne ne leur avait présenté de pareils chiffres. Et les cantons : avait-on réfléchi au dilemme devant lequel la réforme les placerait ? Les voilà sommés d'établir une liste d'établissements privés agréés et de décider d'un mandat de prestation qui sera la condition pour recevoir de l'argent public. Or la définition de ce mandat s'avère complexe et ses conséquences à long terme imprévisibles. Faut-il exiger que ces établissements acceptent tout le monde, y compris ceux qui n'ont pas d'assurance complémentaire ? Que demander en termes de formation, de qualité, de rentabilité, de retenue en investissements, de services d'urgence ? Comment soutenir le secteur privé sans détruire le système public ?

Dans cet imbroglio de questions, même une chatte ne retrouverait pas ses petits.



En réalité, la réforme poursuit deux buts contradictoires : d'un côté, augmenter la concurrence entre hôpitaux au moyen d'un remboursement par DRG. De l'autre, contrôler l'offre hospitalière via une liste d'établissements recevant une subvention étatique. Mot d'ordre des DRG : pas de philosophie, que des chiffres. Principe de la liste d'établissements subventionnés : de l'argent contre une philosophie. Les politiciens cantonaux s'arrachent les cheveux, les soignants s'angoissent, les directeurs d'hôpitaux engagent frénétiquement des codeuses de DRG, ceux des cliniques se demandent s'ils doivent accepter de vendre leur liberté pour une subvention. Tout le monde commence à comprendre que la réforme est un système d'injonctions paradoxales. Les seuls à garder le sourire, ce sont les assureurs maladie. Ils sont les grands gagnants de la réforme. Quelle que soit sa configuration finale.

Et pour être sûrs de gagner à tous les coups, ces assureurs ont suggéré aux Commissions santé des Chambres de lancer une initiative en faveur d'une modification urgente de la LAMal qui interdirait toute augmentation de primes dont la justification serait l'introduction du nouveau système. Le Parlement discutera de ce projet de loi lors de sa session d'été.



La réforme en cours organise donc les soins hospitaliers à la manière d'un mythe. Partant du postulat jamais discuté que les hôpitaux pouvaient considérer les patients comme interchangeable et traiter le produit soin comme n'importe quel autre produit, elle est devenue un projet totalisant, une nécessité hors de portée de la démocratie, qui nous entraînera au bout de sa logique, embarqués sans rien à dire, simplement parce que le Parlement a accepté, un jour de décembre 2007, le discours complexe que quelques experts lui ont présenté.



Peut-être faudrait-il au système suisse de santé un mouvement semblable à celui qui, depuis quelques semaines, contamine les pays européens : des jeunes «indignés», pacifiques et hors parti, demandant que la société ne soit pas simplement soumise aux lois du marché, refusant le repli des droits humains, réclamant «une démocratie réelle» ?

Bertrand Kiefer