

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 35 (1998)
Heft: 1338

Rubrik: Débat: réseau hospitalier universitaire de Suisse occidentale

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pour ou contre le mariage des

LES BANS SONT PUBLIÉS. Vaud et Genève annoncent leur prochain mariage. Non pas la fusion rêvée par Philippe Pildoux. Plus modestement, les deux cantons envisagent une structure commune pour leurs hôpitaux universitaires et leurs facultés de médecine. Nom de famille: le RHUSO (réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale). Comme à l'accoutumée, toute personne ayant connaissance de motifs d'empêchement est priée de les faire valoir. À Genève, le référendum a abouti, alors que les Vaudois ont gardé l'arme au pied. C'est donc le corps électoral du bout du lac qui scellera le sort de cette union. Le sujet est complexe. Si tout le monde s'accorde sur la nécessaire collaboration dans ce domaine, les avis divergent quant à la manière. Alors que les partisans de l'union tablent sur une efficacité accrue et l'utilisation plus rationnelle de moyens financiers limités, les adversaires dénoncent le caractère technocratique du projet, dont le fonctionnement serait soustrait au contrôle démocratique. À cela s'ajoute le fait que chacun des acteurs défend ses intérêts propres. Les syndicats pensent statut du personnel et grille salariale alors que les mandarins verrouillent leur pré carré. La santé, on le voit, n'est de loin pas le seul enjeu. Pour ouvrir le débat, DP donne la parole à deux invités genevois: Bernard Matthey, secrétaire syndical du Syndicat interprofessionnel des salariés (SIT) et administrateur des hôpitaux universitaires genevois et Thierry Tanquerel, professeur à la Faculté de droit.

RATIONNELLEMENT, ON NE peut que saluer la volonté de réunir deux hôpitaux universitaires distants de 60 kilomètres; on devrait applaudir à une telle collaboration intercantonale et se réjouir de la suppression de nombreux doublons qui permettra d'atteindre une masse critique suffisante.

Hélas, la population genevoise n'est pas appelée à se prononcer sur un concept général de coordination intercantonale ou une idée généreuse de mise en commun des ressources, mais sur une loi précise, déséquilibrée, incohérente, voire machiavélique.

Déséquilibre

Dans la corbeille de mariage, les Vaudois ne mettent que le Centre universitaire hospitalier vaudois (CHUV). Alors que Genève apporte ses hôpitaux universitaires (HUG), soit la quasi totalité de ses infrastructures publiques de soins.

En 1996, l'État de Genève a subventionné ses hôpitaux à raison de 592,3 millions de francs, soit 58,7% des dépenses; Vaud n'est intervenu qu'à raison de 227,9 millions, soit 29,1% des dépenses. Ainsi chaque Genevois mettrait 1480 francs dans le pot commun, contre 380 francs pour les Vaudois. Mesquinerie diront certains, alors qu'il faut être visionnaire! On peut tout de même se demander où la droite genevoise veut nous mener avec ce projet, elle qui se targue de savoir compter? À l'augmentation du forfait journalier et des primes d'assurance maladie? Au désengagement de l'État de Genève en matière de subventions?

On pourrait attendre d'une telle entreprise qu'elle s'insère dans une politique commune de planification sanitaire. Il n'en est rien. Un projet genevois de planification sanitaire 1998-2001 est ac-

tuellement en consultation; le RHUSO y est présenté, mais pas un mot sur une planification Vaud-Genève. Or, avant de mettre en commun des institutions, c'est-à-dire des lieux de recherche, d'enseignement et de soins, n'aurait-il pas fallu se mettre d'accord sur des objectifs régionaux, quantitatifs et qualitatifs, puis sur les moyens d'y parvenir? Et commencer par définir les besoins des populations genevoise et vaudoise en matière de soins? Puis articuler, selon les lieux, la prise en charge entre les soins à domicile, la médecine ambulatoire, les EMS, les hôpitaux de zone et universitaires?

Machiavélisme?

En l'état, les instances politiques ne sont pas en mesure de proposer une planification régionale. Dès lors, l'ensemble de la politique sanitaire sera défini petit à petit par le conseil d'administration du RHUSO. Et cela dans une situation caractérisée par une lutte intense entre certains fournisseurs de soins. Compte tenu du recul des assurances complémentaires, les cliniques privées et les centres de médecine ambulatoire seront pratiquement obligés, via des contrats de prestations, de s'associer au RHUSO pour garder des patients en nombre suffisant. Une démarche qui ne fera que renforcer une politique hospitalo-centriste et qui consacre la démission du politique au profit des technocrates.

D'abord un plan

Je reste un partisan du regroupement des hôpitaux publics genevois qui a donné naissance à la structure actuelle des HUG. Après quatre ans de mise en œuvre, cette réorganisation est loin d'être terminée; dans certains domaines importants, elle est à peine entamée. Ge-

nève ne dispose pas d'outils opérationnels d'une mise en réseau de ses propres lieux de soins. Accepter aujourd'hui le RHUSO, c'est consacrer la fuite en avant, en imaginant que «l'intendance suivra».

Sans négliger des collaborations ponctuelles (certaines sont d'ailleurs en cours), que les autorités commencent par se mettre à table pour proposer un réel projet de planification sanitaire intercantonale définissant les priorités en matière de politique hospitalière et ambulatoire, de médecine privée et publique, de soins curatifs et de prévention, d'enseignement et de recherche. Ensuite, on pourra s'atteler à la mise en réseau des institutions. ■

Par Bernard Matthey, secrétaire du SIT

IMPRESSUM

Rédacteur responsable:

Jean-Daniel Delley (jd)

Rédaction:

Claude Pahud (cp), Géraldine Savary (gs)

Ont collaboré à ce numéro:

Eric Baier (eb)

André Gavillet (ag)

Jacques Guyaz (jg)

Jacques Mühlethaler

Charles-F. Pochon (cfp)

Albert Tille (at)

Le Débat: Bernard Matthey,

Thierry Tanquerel

Composition et maquette:

Françoise Gavillet, Claude Pahud,

Géraldine Savary

Secrétariat: Murielle Gay-Crosier

Administrateur délégué: Luc Thévenoz

Impression:

Imprimerie des Arts et Métiers SA,

Abonnement annuel: 85 francs

Étudiants, apprentis: 60 francs

Administration, rédaction:

Saint-Pierre 1, case postale 2612

1002 Lausanne

Téléphone: 021/312 69 10

Télécopie: 021/312 80 40

E-mail: domaine.public@span.ch

CCP: 10-15527-9

hôpitaux vaudois et genevois?

LE RHUSO REPRÉSENTE-T-IL un idéal de collaboration intercantonale qui garantirait sans réserve soins de qualité au meilleur coût, contrôle démocratique, conditions de travail optimales pour le personnel et simplification administrative, sans oublier la chaleur humaine et la convivialité? Bien sûr que non. Peut-on notamment reprocher aux responsables politiques qui l'ont conçu d'avoir sous-estimé la nécessité de doter cette nouvelle forme d'organisme intercantonal de mécanismes assurant sa légitimité démocratique au-delà de sa genèse? Certainement. Les défauts du RHUSO justifient-ils pour autant la répulsion qu'il inspire à la gauche rose-rouge-verte genevoise, alors que son homologue vaudoise l'a accueilli sans trop de réticence? On peut sérieusement en douter.

Construire le socialisme dans un seul canton?

Malgré ses lacunes, le concordat signé entre Vaud et Genève a le mérite de rompre avec une routine cantonale impuissante face à l'explosion des coûts de la santé. Sa complexité tient à la volonté de tenir compte des particularités cantonales et notamment des acquis de la fonction publique. La gauche genevoise ne prétend d'ailleurs pas que la situation actuelle serait pleinement satisfaisante. Elle se contente de prédire, sans trop s'efforcer de le démontrer, que le RHUSO va péjorer la qualité des soins et le statut du personnel et d'insister, à juste titre, sur les lacunes démocratiques du projet, en oubliant toutefois que le contrôle parlementaire traditionnel ne constitue plus un instrument adéquat de participation démocratique dans les grands services publics. Le référendum contre le RHUSO doit donc se comprendre dans un contexte politique plus large que celui de l'analyse point par point des qualités et défauts de l'organisme en cause.

Il faut se souvenir ici que le RHUSO est le dernier grand projet du peu regretté gouvernement monocolore genevois et que le référendum a été lancé en pleine effervescence électorale. Ceci peut éclairer, autant que les salaires plus élevés des fonctionnaires genevois, la différence de sensibilité des gauches genevoise et vaudoise dans cette affaire. Mais derrière cette explication plutôt anecdotique se profile l'hypothèse d'une véritable tendance isolationniste au sein de l'Alternative genevoise.

Ses leaders ne cessent de répéter, comme ils l'avaient fait à propos de l'initiative en faveur d'une HES purement genevoise, qu'ils n'ont rien contre la collaboration intercantonale, mais qu'ils veulent qu'elle se réalise «autrement».

Quelles alternatives?

Il n'empêche que pour la deuxième fois en quelques mois, l'Alternative se mobilise contre une tentative de faire passer cette idée de lieu commun rhétorique à une réalité concrète. Le comité référendaire s'est sagement gardé d'arguments anti-vaudois dans la présentation de sa campagne. Il serait cependant naïf de croire que le camp des opposants puisse l'emporter sans que joue la crainte du contribuable de «payer pour les Vaudois».

Cet effet pervers du référendum serait grandement atténué si la nouvelle majorité parlementaire avançait des alternatives constructives à la méthode de collaboration qu'elle combat si vigoureusement. Le moins que l'on puis-

se dire est que l'on reste pour l'instant sur sa faim. On aurait attendu des projets d'organigrammes intercantonaux plus simples, plus transparents et plus démocratiques, des pistes concrètes pour une gestion commune des ressources visant à améliorer le service public, des objectifs clairs en matière de planification hospitalière. Or, les propositions législatives qui ont circulé ces derniers temps n'avaient pour seul but que de rendre plus difficile, voire impossible, d'une manière générale, la conclusion de concordats portant sur la mise en commun de services publics. Fort heureusement, ces projets n'ont rencontré jusqu'ici qu'un accueil assez frais, en particulier chez les socialistes. Mais il reste aux partis de l'Alternative, quel que soit le sort du RHUSO, à démontrer par des propositions positives consistantes qu'ils ne succombent pas à l'illusion que l'on peut construire le socialisme écologique dans un seul canton. ■

Par Thierry Tanquerel, professeur à la Faculté de droit de Genève

SANTÉ

Médecins de famille et HMO

DEPUIS QUELQUES ANNÉES, de nouvelles formules de financement de la santé tendent à se substituer à l'assurance maladie traditionnelle, du moins pour les traitements ambulatoires. Elles sont aujourd'hui regroupées sous le terme emprunté à la langue suisse de «managed care». Le point de la situation.

Les deux formules mises en avant sont celles des HMO et du modèle du médecin de famille. Un HMO est un groupe de médecins financés directement par les assurés ou par une prime versée par une caisse maladie. Les assurés s'engagent à consulter uniquement ce groupe de praticiens qui assume tous les risques financiers et qui fait éventuellement appel à des ressources extérieures, spécialistes, laboratoires ou hôpitaux. Cette formule permet de réduire les coûts pour l'assuré.

Le modèle du médecin de famille est un moyen beaucoup plus simple de parvenir à un abaissement des coûts. En échange d'une réduction de la prime, la caisse oblige l'assuré à

consulter en premier lieu son médecin généraliste, sauf pour les urgences.

Les premiers HMO sont apparus en Suisse vers 1990. Ils ont été créés par des caisses maladie. Le seuil de rentabilité se situait autour de 4000 assurés. Ils sont parvenus à couvrir leurs coûts en 3 à 4 ans. Les premiers systèmes reposant sur le «modèle du médecin de famille» ont surgi en 1994. Le nombre d'assurés adhérant à cette formule est aujourd'hui plus important que celui des participants aux HMO. À la fin de 1997, la part de marché couverte par ces deux formules représentait 6% du total des assurés. Le modèle du médecin de famille a séduit 27000 assurés à la fin 97 alors que 16000 personnes ont adhéré à un HMO.

Si les HMO sont présents en Suisse romande, le modèle du médecin de famille se développe fortement en Suisse alémanique. *ig*

Stephan Hill, «Le managed care en Suisse», *Bulletin* 4/97, Atag Ernst & Young