

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

Rubrik: Santé

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: 21.11.2024

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

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 monocolor 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. *js*

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