

Le gel de l'admission des cabinets médicaux et la cohérence du processus de décision

STÉPHANE ROSSINI*

Table des matières

I.	Introduction	79
II.	Spécificités du contexte politico-sanitaire	80
III.	Clause du besoin	80
IV.	Visions divergentes et urgence	82
V.	Cohérence du programme législatif	83
VI.	La fin provisoire d'une politique publique	85
VII.	Dynamique positive et chaotique	86
VIII.	Une législation définitive ?	87
IX.	Politique politicienne	89
X.	Références bibliographiques	89

I. Introduction

L'analyse de la problématique du gel de l'admission des cabinets médicaux, appelé aussi clause du besoin ou moratoire, en tant que politique publique instaurée par la Confédération et mise en œuvre par les cantons, se fonde sur les résultats d'une recherche financée par le Fonds national de la recherche scientifique, consacrée à la cohérence des mécanismes d'allocation des ressources du système suisse de santé (ROSSINI ET AL., 2012, 2014). Cinq champs ont été étudiés : la planification hospitalière ; le financement des soins ; la réduction des primes d'assurance-maladie ; la clause du besoin en matière de démographie médicale ambulatoire ; le marché des médicaments. L'analyse décrypte leur application par les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud. Concrètement, il s'est agi de décrire par quels acteurs, dans quels espaces décisionnels, selon quels processus et à l'aune de quels critères les choix d'allocation des ressources ont été opérés ; d'apprécier le degré de cohérence des décisions entre les niveaux institutionnels et pour les différents acteurs ; de comprendre comment la dimension éthique sous-tend ces processus d'allocation. En effet, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) accorde aux

* Professeur, chercheur et consultant en politiques publiques. Chargé d'enseignement aux Universités de Genève et Neuchâtel.

cantons une latitude considérable dans sa mise en œuvre. Les disparités caractérisant les modalités de gouvernance (pilotage) et d'application de la loi sont ainsi particulièrement exacerbées en ce qui concerne gel de l'admission des cabinets médicaux, présenté ci-après.

II. Spécificités du contexte politico-sanitaire

Le système suisse de santé s'inscrit dans un contexte institutionnel aux particularités multiples, qui influencent les processus décisionnels, la gouvernance ou l'orientation de ses développements (ROSSINI & LEGRAND-GERMANIER, 2010). Fédéralisme, libéralisme, subsidiarité et concurrence, tensions entre régulation et marché, positionnement des acteurs publics et privés ou démocratie directe marquent de leur empreinte la configuration des politiques sanitaires. Globalement, les indicateurs de santé peuvent être qualifiés de bons à très bons, qu'il s'agisse de l'offre de prestations par les secteurs stationnaire ou ambulatoire, de la qualité des soins ou de l'impact sur l'état de santé (mortalité, espérance de vie). Seule exception notable, la faible solidarité du financement, en raison de primes d'assurance-maladie « par tête », sans lien à la capacité économique des assurés et des ménages, et d'une participation directe aux coûts (franchise, quote-part et out of pocket, hors sécurité sociale) qui représente plus du tiers des coûts du système de santé.

Concernant la disponibilité de médecins, au centre de notre problématique, avec 4,1 médecins pour 1'000 habitants, en 2013, la Suisse se classe au deuxième rang de densité la plus élevée de la région européenne (DE PIETRO, et al., 2015, p. 6). De plus, le pays se caractérise par une très forte dépendance au personnel médical formé à l'étranger (30% des médecins). Et puis, les disparités intercantionales sont conséquentes. Qu'il s'agisse du niveau de l'offre ou du type et de la qualité des prestations, des tarifs ou des coûts, des différences importantes existent. Ainsi, 26 systèmes de santé cantonaux cohabitent dans un ensemble complexe et pluriel, ce qui, du point de vue de la (bonne) gouvernance pose problème (OCDE, 2011). C'est dans cet environnement institutionnel qu'émerge la discussion sensible sur les modalités de définition de l'offre de médecins.

III. Clause du besoin

Lors de l'entrée en vigueur des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne, en juin 2002, le Conseil fédéral craint un afflux de médecins étrangers, en

raison de la libre-circulation des personnes et de l'attrait du système suisse de santé : rémunérations élevées, manque de médecins. Pour éviter une augmentation de l'offre et son impact sur la hausse des coûts et des primes, le Gouvernement édicte, le 3 juillet 2002, l'Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, qui entre en vigueur le lendemain. La mesure consiste en un moratoire avec introduction d'une clause du besoin. Elle est décidée pour une durée de trois ans. Elle sera prorogée à trois reprises, jusqu'au 31 décembre 2011, puis réintroduite pour une durée limitée de trois ans, à compter du 1^{er} juillet 2013, prolongée elle encore jusqu'au 30 juin 2019.

Le but de la démarche consiste à réguler l'offre de médecins dans le secteur ambulatoire. La possibilité est ainsi donnée aux cantons de restreindre l'installation de nouveaux médecins ou cabinets lorsque l'offre est trop abondante. Le Conseil fédéral ancre dans la loi un instrument de régulation, les cantons ayant le devoir d'assurer un approvisionnement en soins adéquat sur leur territoire. Si certains cantons l'ont utilisé, d'autres ne l'ont pas jugé utile. Car, tous sont confrontés à des situations d'approvisionnement en soins fort différentes : pléthore de fournisseurs dans les régions urbaines, risques de pénurie dans les régions périphériques, répartition non homogène des spécialités par zone géographique, voire pénurie de médecins généralistes.

L'Ordonnance prévoit que le nombre de fournisseurs de soins est limité dans chaque canton. Pour chaque catégorie de fournisseurs, les nombres maxima sont fixés. Les cantons peuvent prévoir que ces seuils ne valent pas pour une ou plusieurs catégories et/ou qu'aucune admission n'est délivrée tant que la densité médicale sera supérieure à celle de la région à laquelle il est rattaché ou supérieure à celle de la Suisse. Les cantons doivent tenir compte de la couverture sanitaire des cantons voisins et de la région à laquelle ils sont rattachés (art. 2 al.2 OLAF). Ils peuvent admettre des exceptions lorsque la couverture sanitaire est insuffisante dans une catégorie de fournisseurs. Lors de la prolongation de l'ordonnance du 25 mai 2005, est introduite la notion d'expiration d'une admission, celle-ci devenant caduque si le fournisseur n'en a pas fait usage dans les six mois. À partir de 2009, les médecins exerçant dans des institutions sont également soumis à la clause du besoin. Par contre, les médecins de premier recours et les chiropraticiens n'y sont plus.

La clause du besoin, instrument inédit en Suisse, restreint pour la première fois la liberté économique des médecins. Pour reconsidérer une liberté ancrée dans la Constitution fédérale, cette clause doit poursuivre un but d'intérêt public prépondérant ou de politique sociale. La jurisprudence du Tribunal fédéral reconnaît que la maîtrise des coûts du système de santé relève de cet intérêt public. Pour autant,

l'égalité de traitement des acteurs doit être garantie. Cette question mérite d'être posée, car des fondements quantitatifs ne touchant pas aux droits acquis des professionnels déjà en exercice peuvent s'avérer contraires au principe de l'égalité entre « concurrents ». La mesure étatique de « gel » comporte le risque de favoriser les professionnels déjà autorisés à exercer à titre indépendant par rapport à d'autres, non autorisés au moment de l'entrée en vigueur de la mesure, soit parce que jeunes diplômés, soit parce qu'exerçant leur profession à titre dépendant.

Dans ce contexte, les cantons ont été contraints de développer leurs propres stratégies pour respecter la loi et exploiter au mieux les potentiels de la mesure, dans un environnement juridique empêchant une action concertée inscrite dans la durée. En réalité, parmi les cantons latins, la clause du besoin ne s'est avérée utile que pour ceux disposant d'une offre globale excédentaire (Genève) et, selon les régions, lacunaire (Vaud, Berne, Neuchâtel). Elle n'a pas été appliquée par les cantons du Valais, du Jura, de Fribourg. Par contre, elle s'est avérée un instrument inefficace pour mieux répartir les médecins sur les territoires cantonaux.

De manière générale, la démarche est appréciée positivement par les cantons, car le libre marché ne débouche de toute évidence pas sur une répartition adéquate des médecins entre disciplines et régions. Dans une perspective de politique publique et d'intérêt général, la régulation fait sens, notamment parce qu'elle comporte de nombreuses dimensions complémentaires : maîtriser la quantité de l'offre de médecins ; orienter le choix de la discipline ou de la spécialisation ; améliorer la répartition géographique, notamment la pratique dans des régions en situation de pénurie.

IV. Visions divergentes et urgence

Si un consensus relatif émerge sur le problème de l'approvisionnement différencié en soins, de nombreuses divergences caractérisent le débat quant à la pertinence ou non d'une intervention étatique. Plusieurs types de régulations sont ainsi discutés ces quinze dernières années. D'abord, le Conseil fédéral propose l'introduction de budgets globaux dans le secteur ambulatoire. Les deux Chambres écartent rapidement cette proposition, craignant une « étatisation » de la médecine. S'ensuit une proposition de réduire spécifiquement l'accès des médecins au marché suisse, en attribuant au Conseil fédéral la compétence de déterminer des critères à remplir pour être remboursés par les caisses. Elle sera à son tour rejetée par le Conseil des États. Intervient alors au Conseil national le débat sur la liberté de contracter entre assureurs et fournisseurs de prestations. La pres-

sion d'une majorité du Parlement est forte pour inciter le Conseil fédéral à lever cette obligation de contracter. La possibilité de faire dépendre du besoin l'admission des fournisseurs de prestations sera finalement retenue.

Considérant la durée limitée de la mesure, le Conseil fédéral a déterminé un cadre légal relativement explicite, mais laissant aux cantons une latitude certaine dans le choix des fournisseurs soumis à restriction. L'Ordonnance fédérale (OLAF) leur permet en effet d'introduire des exceptions lorsque la couverture s'avère insuffisante dans une catégorie de médecins ou une région. Des seuils, en nombres absolus et densités, par spécialité, sont fixés dans l'Ordonnance. La clause du besoin étant limitée à trois ans, le Conseil fédéral a souhaité des critères favorisant une application « simple et efficace », notamment fondés sur des données rapidement disponibles, afin d'éviter de longues démarches pour déterminer l'offre et les besoins en soins. Concrètement, chaque canton a édicté une base légale définissant les fournisseurs soumis à la clause du besoin, les exceptions à la limitation et les compétences d'application.

Cette stratégie d'action dans l'urgence ne va pas sans poser problème. Dans l'incapacité d'anticiper la mesure, les autorités sanitaires subissent une situation qui s'avère rapidement problématique. Les données sont lacunaires et peu fiables, voire contestées. Les modalités de mise en œuvre n'ont pas pu être évaluées rigoureusement. Les acteurs concernés ne sont ni prêts ni documentés ; ils sont par ailleurs mis devant un fait accompli, ce qui contrevient à l'esprit et aux procédures législatives usuelles. De plus, la mesure s'inscrit dans un contexte de vives divergences politiques et stratégiques. Sont opposés les tenants d'une régulation forte et rigoureuse du système de santé, dont la démographie ambulatoire, et les tenants d'un libéralisme voué soit au marché (pourtant inexistant en matière de santé), soit aux assureurs (sans légitimité démocratique). Les débats aux Chambres fédérales comportent ainsi une constante argumentaire, parmi laquelle, à droite, le refus d'une législation dirigiste et la volonté de lever l'obligation pour les caisses de contracter avec tous les médecins, restreignant par conséquent le libre-choix du médecin pour les patients.

V. Cohérence du programme législatif

L'urgence de la décision, sa limitation à trois ans et les références quantitatives édictées par le Conseil fédéral sont source d'incohérences. Les données statistiques de référence provenant de l'association faîtière des assureurs-maladie (santésuisse) ne sont pas à jour. Tous les cantons confirment et déplorent la mauvaise qualité des

chiffres. N'étant pas en charge de la délivrance des admissions avant l'introduction de la clause du besoin, les cantons disposent d'informations partielles, donc lacunaires, sur l'offre de médecins pratiquant dans le secteur ambulatoire sur leur territoire. Une incohérence fondamentale apparaît entre l'outil mis à disposition des cantons par le Conseil fédéral et l'objectif de limiter le nombre d'admissions. Or, un pilotage rigoureux de la clause du besoin devrait reposer sur une connaissance exhaustive de la situation initiale qui fonde la mesure. Les cantons devront limiter leur offre de médecins alors qu'ils n'en connaissent pas avec exactitude ses principales caractéristiques. De plus, la clause du besoin concernant d'abord les cabinets privés, l'urgence dans laquelle elle a été instituée a empêché les autorités de définir avec précision les groupes cibles visés. Ainsi, il est apparu que les institutions ambulatoires et les divisions ambulatoires des hôpitaux ont attiré un certain nombre de médecins ne pouvant plus s'installer en pratique privée. Certes, d'autres raisons président à cette évolution : volonté des médecins d'exercer une activité salariée, « virage ambulatoire » dans les hôpitaux, etc. Ces déficits dans la détermination des groupes cibles ne seront corrigés que tardivement, lors de la prolongation de la clause du besoin intervenue en 2008.

Et puis, le délai de trois ans et ses prolongations successives instaure une dynamique de « stop and go ». C'est incontestablement un obstacle majeur à la bonne application de la loi et à la mise en œuvre d'instruments de pilotages rigoureux. Face aux incertitudes, plusieurs cantons renonceront à introduire la clause du besoin dans le cadre des divisions ambulatoires des hôpitaux, d'autant plus que l'imminence de l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier relègue cette mesure au second plan. Cela exprime une double incohérence : interne, par un outil difficilement applicable en regard des ressources disponibles ; et externe, car la décision de limiter les admissions au sein de l'hôpital ne tient pas compte des autres dossiers prioritaires au niveau hospitalier. Il y a conflit entre deux normes à appliquer.

Frappant principalement les jeunes médecins, la mesure ne remet pas en cause l'offre existante, puisque les seuils définis se basent sur le principe du statu quo. La clause du besoin ne permet donc pas une régulation fondée sur des critères de qualité ou d'économicité. Par l'exclusion des médecins installés, elle ne les incite pas à optimiser l'utilisation des ressources. De plus, le prix de remise des cabinets explose dans les cantons ou les régions où la limitation des admissions est forte. Les médecins qui offrent le meilleur prix obtiennent le cabinet indépendamment de la qualité de leur travail. Enfin, la clause du besoin induit des effets pervers, dont la sur-spécialisation des médecins assistants.

Si les plans d'action (définition des priorités sur les médecins devant être admis) peuvent être qualifiés de relativement explicites, dans le sens où la plupart des priorités sont fixées dans les ordonnances cantonales, la majorité des choix d'admission se passe ailleurs. L'évaluation des dossiers intervient au sein des commissions, lorsqu'elles existent, ou de l'administration. Les admissions exceptionnelles sont analysées par rapport à la densité de la région et discutées en commission ou avec des experts. Par conséquent, si une demande dans une discipline rare est octroyée, l'administration peut estimer la couverture du besoin dans cette discipline et pour une certaine période. La planification intervient donc au cas par cas et par des procédures au contenu souvent non accessible et peu transparentes.

Relevons encore que la limitation du nombre de fournisseurs n'est possible que dans les cantons disposant d'une offre suffisante. Le pilotage n'est donc réalisable que dans les cantons comprenant à la fois des régions avec une offre excédentaire et d'autres ayant une offre lacunaire. Le pilotage par répartition est basé principalement sur l'incitation. Les administrations informent et incitent les médecins à s'installer dans des régions moins desservies, mais sans réelle possibilité de contrainte. En ce sens, la clause du besoin ne permet qu'une régulation partielle de la répartition géographique des médecins.

Décidée dans l'urgence et pensée comme une mesure limitée et exceptionnelle, elle a donné aux cantons, du jour au lendemain, un instrument de régulation de l'offre. Les modalités d'élaboration des décisions (données lacunaires), d'anticipation et de mise en œuvre, mais encore la portée limitée de la mesure, ont constitué une incohérence initiale et fondamentale, problématique du point de vue de la gestion d'une politique publique.

VI. La fin provisoire d'une politique publique

La clause du besoin a pris fin au 31 décembre 2011. Bien que l'appréciation de l'utilité de la mesure diverge selon les cantons, la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) a sollicité la commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des États pour la prolonger encore dans l'attente d'une alternative. Celle-ci n'est pas entrée en matière, arguant que lors des trois dernières prolongations le Parlement s'était engagé à interrompre cette politique ponctuelle.

Face à cette nouvelle situation, les propositions alternatives se réinvitent dans le débat. Le projet « Managed Care » a, par exemple, été la principale réponse politique du Conseil fédéral de l'époque. Cet objet fut cependant refusé par le Peuple en vo-

tation populaire, le 17 juin 2012. Au-delà des postures politiques, sur le fond, ce projet n'était aucunement une alternative à la régulation de la démographie médicale par les cantons. Autre perspective, le Parlement a attribué une compétence subsidiaire au Conseil fédéral pour procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci devait s'avérer inappropriée et si les parties ne pouvaient s'entendre sur sa révision. Il est en effet avéré que la structure tarifaire, favorable aux spécialistes, rend la médecine de premier recours et la pratique dans les régions périphériques peu attractives. Enfin, une troisième voie consiste à envisager un financement uniforme pour les secteurs ambulatoire et stationnaire. Une participation des cantons au financement de ce secteur leur conférerait une légitimité à revendiquer des instruments de régulation.

Après quelques mois de tergiversations, en novembre 2012, le Conseil fédéral ouvre à nouveau le dossier de la clause du besoin. Il présente un projet de loi fédérale urgente limitant le gel des cabinets médicaux aux spécialistes et pour une durée limitée à deux ans. Après un processus de consultation accéléré, par voie de conférence, le message est transmis au Parlement. La proposition est âprement discutée. En l'absence d'une évaluation rigoureuse des effets de la politique menée entre 2002 et 2011 et en regard des pratiques cantonales diversifiées et des appréciations politiques plurielles, accéder au consensus ne va pas de soi. La mesure sera pourtant, comme déjà mentionné, réintroduite en 2013, puis prolongée à nouveau en 2016.

VII. Dynamique positive et chaotique

Le principal effet positif de la clause du besoin réside dans la participation des cantons à la gouvernance du secteur ambulatoire. L'acte politique de régulation ne saurait être sous-estimé. Ce processus a par ailleurs obligé les collaborations entre les acteurs concernés (cantons, sociétés médicales), ce qui n'est pas anodin, et a permis de pallier les lacunes d'information sur la démographie médicale. A long terme, un système de données nationales et uniformes semble indispensable.

A l'échéance de la mesure, fin 2011, aucune des alternatives évoquées n'ayant été concrétisée, on observe sur le terrain une explosion des demandes d'admission sévissant par endroits, dont à Genève et Zurich. Réaction : dans l'urgence, le mécanisme de régulation est réactivé. Une politique publique a été instaurée, puis interrompue, puis réinstaurée, toujours abruptement. Nonobstant le processus de décision fédéral, l'enjeu consiste pour les cantons à poursuivre les efforts déployés en agissant par exemple sur le nombre de médecins formés, les choix de formations

post-graduées, l'amélioration de l'attractivité de la médecine de famille ou encore celle des conditions-cadres de l'exercice de l'activité, notamment dans les régions périphériques.

Pourtant, la clause du besoin n'a cessé de comporter un caractère exceptionnel. Au niveau politique d'abord, car elle permet à un moment particulier de contrer la volonté de supprimer l'obligation de contracter. Au niveau temporel ensuite, car elle est systématiquement limitée dans le temps pour prévenir l'afflux de médecins étrangers. L'évolution qui caractérise l'histoire de cette mesure ne relève pas d'un changement de paradigme, mais plutôt d'une complexification progressive du problème public (la maîtrise des coûts de la santé) et d'un désaccord récurrent entre les acteurs politiques et ceux du système de santé.

VIII. Une législation définitive ?

La clause du besoin est-elle un mal nécessaire ? Les médecins répondent clairement par la négative, même s'ils ne sont pas complètement opposés à une certaine forme de régulation, mieux adaptée. Les assureurs également, qui privilégient une concurrence régulée par leurs soins : avec une levée de l'obligation de contracter avec les médecins, ils choisiraient eux-mêmes avec quels fournisseurs de prestations collaborer. Les cantons ayant appliqué la clause du besoin répondent par contre par l'affirmative. Même si la mesure n'est pas parfaite, elle permet d'agir et non simplement de subir. D'autant plus que les problématiques de pénurie de médecins de premier recours et de mauvaise répartition régionale traduisent l'incapacité du marché à allouer de lui-même les ressources de manière optimale.

Alors qu'indéniablement l'instrument fait sens, la mesure, telle que conçue et mise en œuvre, comportait tous les ingrédients pour ne donner que moyennement satisfaction ni ouvrir des perspectives nouvelles et constructives à long terme. L'absence de concertation, d'objectifs communs et clairement déterminés entre les niveaux institutionnels, que ce soit entre la Confédération et les cantons ou entre les cantons eux-mêmes, et celle d'une évaluation des effets obtenus expliquent un sentiment général mitigé. Les fortes demandes d'ouverture de nouveaux cabinets médicaux constatées dans certains cantons (Genève et Zurich, par exemple) durant la première partie de l'année 2012 expriment toute la contradiction d'un domaine de la santé qui se veut libéral et fondé sur les règles du marché, mais qui doit simultanément répondre aux exigences de maîtrise des coûts imposées par la loi fédérale sur l'assurance-maladie et par les politiques budgétaires fédérales et cantonales. Malgré les

tâtonnements, des enseignements sont à tirer, positifs. Des collaborations vertueuses sont apparues entre les acteurs concernés, qui comportent des potentiels nouveaux pour favoriser une allocation des ressources adéquate dans le domaine ambulatoire, répondant aux contraintes institutionnelles et aux attentes de la population, tant pour ce qui est de l'accès équitable aux soins que de l'économicité et de la qualité des prestations.

Dans la perspective de la fin du moratoire, à mi-2016, les cantons expriment une fois de plus leur crainte de voir apparaître une hausse des coûts. Le Conseil fédéral en a conscience et transmet au Parlement une proposition d'ancrage définitif de la régulation de la démographie médicale dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Le 18 février 2015, il rend public son message (FF 2015 2109). L'objectif est d'instaurer une législation durable pour mettre fin aux différentes législations limitées dans le temps qui ont prévalu depuis 2002. L'ambition de piloter le domaine ambulatoire est clairement énoncée. Comme dans les projets précédents, les cantons restent responsables de l'approvisionnement, avec pour exigence un accent particulier sur la qualité de l'offre. Malgré la recherche d'un consensus portée par le Conseil fédéral, le Parlement n'aboutira pas à une solution. En votation finale, le 18 décembre 2015, par 97 voix contre 96, le Conseil national refuse la loi, contrairement au Conseil des Etats. Cet échec définitif est une surprise. Il intervient contre toute attente.

Devant l'incompréhension et la colère des cantons, la question retrouvera rapidement sa place à l'agenda politique. Le Parlement, dans une pirouette teintée de mauvaise conscience, s'engage à nouveau sur la voie d'une solution. Par une initiative parlementaire, la commission du Conseil national (CSSS-N) propose la prolongation du moratoire devant prendre fin au 30 juin 2016 pour trois ans supplémentaires, jusqu'au 30 juin 2019, sous forme de loi fédérale urgente, limitée dans le temps, comme auparavant. Son rapport (CSSS, 2016) évoque le résultat serré et l'acceptation du Conseil des Etats pour reprendre la discussion. De plus, la commission charge le Conseil fédéral de présenter un rapport sur les « possibilités de gestion en matière d'admission et sur les pistes d'action en vue d'optimiser l'offre ambulatoire, notamment par un échelonnement de la valeur du point tarifaire en fonction de la région, de la gamme de prestations ou de critères de qualité » (CSSS, 2016, p. 4). Le Conseil des Etats acceptera cette disposition lors de sa session de juin 2016.

IX. Politique politicienne

Pourquoi donc refuser d'inscrire une pratique en vigueur depuis 2002 dans une législation définitive ? La question fait sens. Pour y répondre, il faut quitter l'analyse scientifique pour entrer dans le champ plus aléatoire et irrationnel de la politique politicienne. Les chantres du marché (libre, faut-il le préciser) et de la concurrence, UDC – PLR et santésuisse en tête, visent en réalité, depuis le début des années 2000, un autre objectif : la fin du libre-choix du médecin par le patient et la levée de l'obligation de contracter. Le choix des médecins remboursés par la LAMal devrait, dans cette perspective, incomber aux caisses. Ainsi, la décision du 18 décembre 2015 est un coup de force, dans un climat politique pour le moins tendu sur cette question. D'autant plus que tous sont conscients que, devant le Peuple, en votation référendaire, restreindre le choix des médecins et le laisser entre les mains des assureurs est une solution qui n'aurait pas la moindre chance de succès ! Cette décision, sous forme de « clash » momentané, sent bon le cynisme des élus bourgeois et d'un dogmatisme exacerbé par l'aveuglement d'une nouvelle majorité au Conseil national. Et puis, lire et entendre celles et ceux qui ont sacrifié un consensus laborieux prétendre vouloir « trouver une solution » ne manque pas d'étonner non plus. Rediscuter, alors que tout a été discuté, alors que tous les compromis ont été âprement négociés et que la voie de la raison était en passe de l'emporter ... étrange posture.

Enfin, derrière la politique politicienne, il faut admettre, malheureusement, que la politique de la santé est également, que cela plaise ou pas, un espace d'intérêts financiers entre les mains d'acteurs qui sont parfois à mille lieues de l'intérêt général, donc de la solidarité, de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts. Et, cela, l'analyse scientifique ne peut que difficilement le déceler clairement. C'est dans l'arène politique et dans les comportements des « partenaires » du système de santé que cette quête d'intérêts économiques souvent personnels s'exprime et sévit, avec une éloquente hypocrisie. Dès lors, du point de vue la rigueur et de la cohérence d'une politique publique, la clause du besoin (moratoire ou gel des cabinets médicaux) restera l'exemple d'un processus complexe, longtemps incohérent, trouvant son apogée dans le mensonge et les manœuvres politiques.

X. Références bibliographiques

- COMMISSION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CONSEIL NATIONAL, Initiative parlementaire, Prolongation de la validité de l'art. 55a LAMal, Parlement fédéral, objet 16.401 (cité : CSSS, 2016).

- CONSEIL FÉDÉRAL, Message du 18 février 2015 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, Pilotage du domaine ambulatoire, FF 2015 2109 (Parlement fédéral, objet 15.020).
- DE PIETRO C./CAMENZIND P./STURNY I./CRIVELLI L./EDWARDS-G. S./SPRANGER A./WITTENBECHER F./QUENTIN W., Health Systems in Transition, European Observatory on Health System and Policies, Bruxelles 2015.
- ROSSINI S. (éd.), La gouvernance des politiques suisses de santé, Lausanne 2014.
- ROSSINI S. (éd.), La gouvernance des politiques suisses de santé, Lausanne 2014.
- ROSSINI S./CRIVELLI R./BOLGIANI I./CLAUSEN A./PRÉLAZ D./SCALICI F., Allocation des ressources et cohérence du système suisse de santé, Rapport final de recherche, Fonds national de la recherche scientifique DORE, Projet N° 13DPD6_127248, Lausanne 2012.
- ROSSINI S./LEGRAND-GERMANIER V., Le système de santé : Politiques, assurances, médecine, soins et prévention, coll. Le savoir suisse, Lausanne 2010.