



Doctors Unchained
FREE TO CARE

ESSAI DE POLITIQUE DE LA SANTÉ

AU BOUT DU COMPTE

À propos du TARDOC, des forfaits et d'une médecine toujours plus performante — et plus chère.

Free to care — nous défendons nos patients en défendant notre profession.

RÉSUMÉ

TARDOC, forfaits ambulatoires, EFAS, paquets de mesures de maîtrise des coûts, valeurs cibles : la Suisse réforme ses tarifs avec un art considérable — et ne fait pourtant que polir la façade d'une maison dont le fondement est le problème. Car la médecine devient toujours plus performante et donc plus chère, tandis que le financement par les primes et les contributions cantonales se heurte à une limite sociale inflexible. Qui répond à des volumes croissants par des prix unitaires décroissants récolte ce qui découle de la logique de ce compte : à des prix dynamiquement dégressifs succède une qualité dynamiquement dégressive. La vague de réformes actuelle est un intermède avant la véritable décision — un financement solidaire intégral sans plafond rigide, discipliné par des parcours de traitement contraignants et des indications vérifiées, ou le courage assumé de nommer ce qui ne sera plus payé. Les deux rendent visible ce qui existe depuis longtemps : la médecine à deux vitesses. Le plus grand danger n'est pas la prime, mais la perte menaçante du lien avec la médecine moderne — broyée entre une politique faible, des associations paralysées et un appareil qui remplace la substance par de l'administration.

I. Le progrès comme facteur de coûts

Il fait partie des tragédies plus discrètes de notre époque que ce soit précisément la réussite qui devienne un fardeau. Ce dont la médecine est capable aujourd'hui — déchiffrer des tumeurs au niveau moléculaire et les frapper avec précision, amener une valve cardiaque à sa place par un cathéter sans ouvrir la cage thoracique, transformer des diagnostics mortels en états maîtrisables —, c'est un gain de vie qu'accompagne une étiquette de prix. Le progrès médical n'est pas un programme d'économies ; il ne remplace pas l'impossible par quelque chose de moins cher, mais par quelque chose de faisable, et le faisable veut être payé.

Les chiffres le disent sans emphase : l'assurance de base dépasse 55 milliards de francs, l'ensemble des dépenses de santé approche les 106 milliards, les primes augmentent en 2026 de 4,4 pour cent pour atteindre en moyenne 393.30 francs par mois. La démographie et la croissance des volumes jouent leur rôle — mais le facteur le plus tenace est celui que personne ne veut sérieusement combattre : le fait que nous pouvons toujours davantage. Qui approuve le progrès en approuve le prix. Tout le reste n'est qu'aveuglement volontaire avec de la comptabilité.

II. L'intermède — une impasse bien balisée

La vague de réformes mérite le respect. Le TARDOC et les forfaits remplacent le TARMED vieillissant de 2004 ; EFAS guérit un défaut de construction vieux de plusieurs décennies, qui alimentait les prestations ambulatoires et stationnaires depuis des caisses séparées et cimentait de mauvaises incitations ; la nouvelle Commission des coûts et de la qualité et les valeurs cibles à venir feignent une compétence dans le détail. Et pourtant, tous ces instruments partagent une hypothèse tacite : ils veulent amortir, lisser, redistribuer, piloter — au sein d'une logique qui repose sur deux piliers, les contributions cantonales et les primes par tête des assurés.

Cette logique est finie. La prime ne connaît, contrairement à l'impôt, guère d'échelonnement selon la capacité contributive ; elle pèse avec une force croissante sur la classe moyenne et se heurte tôt ou tard à cette limite sociale au-delà de laquelle elle n'est politiquement plus tenable. Les turbulences issues des lois d'économies, des interventions tarifaires, des fantasmes de budget global et des moratoires d'admission ne sont donc pas la solution, mais son prélude — un intermède joué avec virtuosité, dont les cadences les plus habiles ne devraient pas faire oublier que la scène mène à une impasse. Le véritable danger de cet entre-deux est que nous le prenions pour l'état visé.

III. La spirale — à des prix dégressifs succède une qualité dégressive

Toute mécanique tarifaire qui répond à des volumes croissants par des prix unitaires en baisse met en marche un mouvement dont la logique est implacable : à des prix dynamiquement dégressifs succède une qualité dynamiquement dégressive. Là où la prestation individuelle vaut toujours moins, il faut en fournir toujours davantage pour subsister — et la première chose que l'on perd alors, c'est la ressource la plus rare et la moins remplaçable de la médecine : le temps du médecin. Il ne l'a plus. Il se hâte, il se presse, il cadence l'être humain en minutes, non par froideur, mais pour survivre dans le tarif.

Les patients le ressentent depuis longtemps, plus finement que toute statistique ne le mesure : le regard vers l'écran plutôt que vers le visage, l'entretien qui se termine avant que la véritable question soit posée, la poignée de porte déjà en main. La qualité n'est pas un ornement que l'on ajoute au tarif ; elle est ce que le tarif autorise ou interdit. Et ainsi le calcul économique se transforme insensiblement en un déficit humain.

Durable est le chemin inverse. Que l'on rémunère la mesure nécessaire de telle sorte qu'elle puisse être fournie avec une bonne qualité — non plus chichement, mais correctement —, et que l'on en vérifie pour cela l'indication avec rigueur. Ce n'est pas le toujours-moins-par-prestation qui porte vers l'avenir, mais le juste, bien fait. Qui prend l'indication au sérieux économise sur le superflu abondant et protège en même temps le nécessaire bon ; il sépare le gaspillage du soin, au lieu de sacrifier les deux sous le même crayon rouge. Ce n'est pas une médecine plus chère, mais une médecine plus honnête.

IV. La bifurcation — deux chemins honnêtes

Lorsque l'ancien financement atteint sa limite, deux chemins s'ouvrent, qui partagent le courage de la clarté. Le premier est le solidaire : une prise en charge largement étatique des coûts, afin que tous participent au progrès. Un tel système ne doit connaître aucun plafond rigide — un plafond au-dessus d'une médecine en croissance n'est rien d'autre qu'un rationnement déguisé au hasard du calendrier : qui tombe malade en décembre aurait la malchance. La discipline doit venir de l'intérieur, de parcours de traitement et de clarification contraignants, de lignes directrices fondées sur les preuves quant à ce qui est judicieux et quand. Ils sont optimaux sur le plan sanitaire, parce qu'ils contrent à la fois la surprise en charge et la sous-prise en charge, et optimaux sur le plan socio-économique, parce que le médicalement sensé et l'économiquement raisonnable coïncident bien plus souvent que le réflexe ne le laisse croire. Le noyau normatif, la Suisse le possède depuis longtemps avec les critères EAE — efficace, approprié, économique ; ce qui

manque, c'est la volonté de le traduire en parcours vécus et de le renforcer par les esprits dirigeants des disciplines concernées ainsi que par des données solides et des guidelines.

Le second chemin est le renoncement assumé — plus inconfortable, mais plus honnête. Tôt ou tard, ce point viendra de toute façon, car la puissance publique elle non plus ne pourra plus tout payer à l'avenir. La politique doit trouver le courage de nommer haut et fort ce que la communauté solidaire ne porte plus. C'est précisément ici que les ciseaux s'écartent : ce qui disparaît collectivement reste achetable en privé. Ainsi devient visible et perceptible ce qui repose aujourd'hui sous la couverture de la prise en charge intégrale apparente — la médecine à deux vitesses. Elle n'est pas un avenir menaçant, mais un présent existant, lisible aux temps d'attente, aux assurances complémentaires, à la géographie silencieuse de l'accès. La seule différence tient à ce que nous la dissimulons aujourd'hui et devrions la nommer demain.

V. Le danger de l'instant

Ce qui est véritablement inquiétant dans le présent, ce n'est pas qu'il soit difficile — il l'a toujours été. Ce qui inquiète, c'est la manière dont nous sommes difficiles. Justement maintenant, alors que des décisions fondamentales seraient nécessaires, bien des choses se conjuguent défavorablement : une politique qui reste trop souvent en deçà de ses possibilités ; des associations qui se perdent dans leurs intérêts propres ; et un système de primes qui augmente la pression année après année, sans s'attaquer à la véritable cause. Ainsi menace de se perdre le plus précieux — non pas l'argent, mais le lien avec la médecine moderne.

Pendant que nous nous épuisons en tours de négociations tarifaires et en paquets d'économies, la médecine moderne poursuit son chemin, et le lien avec elle n'est pas un bien qui attend patiemment. Une infrastructure édifiée au fil des décennies peut se dévaloriser en quelques mois ; une culture de prise en charge qui place l'être humain, la qualité et la disponibilité en son centre est un héritage fragile qu'aucune ordonnance ne rappelle une fois qu'il est broyé. La perte pèse le plus lourdement là où l'avenir ne fait que naître : chez la relève. Un système de santé qui veut exister au sommet a besoin des esprits les plus brillants d'une génération — et ce sont justement ces esprits qui sont trop intelligents pour se presser aveuglément dans une profession que l'on vide administrativement et dévalorise financièrement. Nul besoin de statistique pour cela ; il suffit de demander aux médecins ce qu'ils conseillent aujourd'hui à leurs propres enfants. La réponse est souvent une hésitation pensive — et cette hésitation est le système d'alerte précoce le plus honnête que nous ayons. Et il fait partie des ironies les plus amères du pilotage que l'appareil censé soulager la détresse l'aggrave parfois : là où la substance s'amenuise, l'administration prolifère. On tente de guérir par des formulaires, des indicateurs et des boucles de contrôle ce qui ne pourrait être guéri que par la confiance, le temps et le discernement médical. La bureaucratie est un piètre substitut au sens de la direction — elle produit l'illusion de l'action là où une décision serait requise, et mobilise précisément les forces qui manquent au chevet du malade.

VI. Conclusion — le compte que nous nous devons

La vérité sobre est la suivante : la médecine continuera de s'améliorer et de renchérir, et aucune réforme tarifaire au monde n'abroge cette loi. TARDOC, forfaits, EFAS et valeurs cibles sont des outils honorables, mais ils gèrent un modèle qui s'approche de son bord. La tâche des années à venir n'est donc pas un

paquet d'économies de plus, mais une décision à visage découvert — participation solidaire, disciplinée par des parcours intelligents et des indications vérifiées, ou renoncement honnêtement nommé. Il faut probablement les deux, dans un dosage responsable.

Ce que nous ne pouvons pas nous permettre, c'est le statu quo de la transition soignée — cette impasse confortable dans laquelle on s'installe parce que changer de cap est inconfortable. Il suffirait pourtant d'un regard par-delà la frontière pour reconnaître où mène ce chemin. Et pourtant nous faisons le contraire : nous reprenons justement les recettes inaptes, depuis longtemps reconnues comme nuisibles, de l'Allemagne et d'autres pays européens — sans réflexion et contre notre meilleur jugement, comme si le fourvoiement étranger était une carte routière. Car au bout du compte, il ne s'agit pas de francs, mais de la question de savoir si une société riche a le courage de vouloir le bien qu'elle peut faire pour tous — et la probité, là où elle ne le veut pas pour tous, de le dire aussi. Tout le reste ne fait plus qu'administrer une promesse à laquelle on ne croit plus soi-même.