Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1977)
Heft: 414

Artikel: Des hôpitaux qui pèseraient moins lourd
Autor: [s.n.]
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1018757

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

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

Des hôpitaux qui pèseraient moins lourd

Les difficultés sur lesquelles buttent les travaux de revision de l'assurance-maladie, la modestie (pour ne pas dire plus) des propositions avancées par les spécialistes de la question réunis en commission ad hoc, laissent apparaître au grand jour, une fois de plus, l'ampleur du problème des coûts de la santé qui compromet tout l'édifice sanitaire dans notre pays.

Ne revenons pas sur un diagnostic global, qui a depuis longtemps été tenté dans ces colonnes ! Admettons plutôt que dans la situation actuelle, une réflexion sur d'autres modes de distribution des soins que ceux que nous connaissons est urgente... et posons quelques points de repère, même s'ils paraissent encore aujourd'hui utopiques [1].

Dans l'organisation sanitaire actuelle, c'est l'hôpital qui pèse le plus lourd, qui contribue à accélérer le plus fortement la croissance des coûts : plus de la moitié du budget de la santé lui est consacré (55 %, y compris les frais d'investissements). Diminuer le poids de cette institution, ce serait peut-être se donner les moyens de rationnaliser les coûts, d'éviter les gaspillages; avec pour but, entre autres, de diminuer le nombre des personnes hospitalisées, et en particulier celui des personnes âgées hospitalisées, pour lesquelles l'hôpital ne devrait être que la solution de dernier recours.

Ce but devrait faire l'unanimité. Mais le facteur décisif, dans cette perspective, ce sont la qualité et la quantité des soins prodigués aux étapes antérieures, avant l'hôpital en quelque sorte. C'est dire qu'une première option s'impose : « repenser l'ensemble en fonction de la médecine ambulatoire ».

Deuxième axe de changement : priorité au maintien de la santé plutôt qu'au développement des soins ! On sait que l'hôpital joue, au niveau de santé atteint actuellement, « un rôle minime dans l'élévation du niveau de santé d'une population comme la nôtre » : « si la préoccupation majeure est de maintenir en bonne santé, plutôt que de guérir, faut-il continuer à dépenser proportionnellement autant dans le secteur hospitalier » ?

D'où une option prioritaire en faveur de la prévention qui devra se traduire principalement par la création et l'organisation de ce que l'on appelle

[1] Voir le travail de Pierre Gilliand, paru dans les cahiers d'études de l'Institut suisse des hôpitaux (No 5/1977) : « Planification de santé publique — Quelques bases et tendances plausibles »; c'est de ce travail que sont extraites les citations de l'article.

La santé publique en Suisse, 1950-1970-1975

		1950	*1970*	*1975*
Population résidente (millions)		4,7	6,3	6,3
Proportion population 60 ans et plus		14,0	16,4	17,5
Nombre de lits hôpitaux	(milliers)	68,3	70	(73) [1]
Nombre de malades traités	(milliers)	500	820	(880)
Nombre de journées hosp.	(millions)	20,9	21,3	(21,5)
Fréquence d'hospitalisation	(%)	10,6	13,1	(14,0)
Durée moyenne de séjour (dont soins généraux)		42 (22)	24 (15)	24 (—)
Effectifs personnels hospitaliers	(milliers)	31	70	97
Médecins en activité		4 200	6 000	7 000
Médecins assistants (suisses)		1 800	2 900	4 450
Etudiants en médecine (BMS)		3 200	6 300	7 000
Densité personnel hospitalier	(100 000 hab.)	660	1 117	1 532
Densité médecins actifs	(100 000 hab.)	89	95	111
Densité médecins assistants	(100 000 hab.)	38	50	70
Densité étudiants en médecine	(100 000 hab.)	68	101	111
Coût journée hospitalisation	(francs)	13,6	88	186
Estimation dépenses santé	(milliards)	(0,6)	(4,4)	(9,6)
Dépenses caissse-maladie	(milliards)	(0,25)	(2)	(4)
Dépenses hospitalisation	(francs par hab.)	(55)	(315)	(680)
Dépenses de santé	(francs par hab.)	(120)	(700)	(1530)

[1] ( ) = estimations.

Ventilation des frais hospitaliers en 1975

Genre de frais	*en milliers de francs*	*en %*
Traitements et prestations sociales	1 977 766	70,5
Fournitures médicales	277 299	9,9
Denrées alimentaires	101 295	3,6
Articles de ménage	65 059	2,3
Remplacement, nouvelles acquisitions, amortissements, entretien et réparations des immeubles et du mobilier	162 815	5,9
Energie et eau	67 017	2,4
Loyers et intérêt du capital	68 084	2,4
Frais de bureau et d'administration	56 092	2,0
Autres dépenses	28 804	1,0
Total	2 805 041	100,0

les groupes du premier recours, pièces maîtresses de tout le système, et à partir desquels les autres éléments s'articuleront.
Les groupes de premier recours réuniront les compétences suivantes : médicales, para-médicales (infirmière, physiothérapeute, par exemple) et sociales (assistante, infirmière de santé publique, aides familiales, aides au foyer, notamment).
Le fonctionnement de ces groupes répondra à certaines demandes bien précises, et entre autres :
— pour procéder à la répartition des groupes, ce sera tenir compte à la fois du nombre d'habitants, des distances, de la composition de la population et de certaines données connues de « consommation médicale »;
— l'organisation en question devra en quelque sorte faire revivre l'ancien « médecin de famille » et en particulier assumer les responsabilités qui rendirent ces praticiens-là indispensables : continuité des soins, pratique domiciliaire;
— une action préventive efficace devra s'exercer sur une population « fermée », c'est-à-dire définie géographiquement et numériquement;
— la continuité indispensable des soins rendra nécessaire une très grande clarté des rapports du groupe avec l'hôpital, le groupe gardant « sur le terrain » l'initiative et le pouvoir de décision (une certaine concentration serait en revanche souhaitable à d'autres degrés de spécialisation, à travers les hôpitaux régionaux ou universitaires); lieu de formation par excellence, le groupe de premier recours devra d'autre part trouver sa place dans le cycle universitaire ou para-universitaire;
— l'intervention du groupe est de type médico-social; cela suppose que les rapports avec les assurances devront être négociés afin d'étendre le champ des prestations remboursables.
Reste à envisager, dans cette perspective, les modifications inévitables du système de formation : « Si l'on définit le groupe de premier recours comme une équipe médico-sociale, un langage commun de l'ensemble des professions intéressées est nécessaire, qui doit supprimer les cloisonnements actuels; ce qui conduit à une redéfinition des rôles et des statuts : la cohésion des équipes en dépend ».
La voie : donner aux étudiants la possibilité de s'initier à la dimension collective et multidisciplinaire de la science médicale. Ce pourrait être ce que l'on a appelé l'« université de santé », qui permettrait de maîtriser l'ensemble des problèmes touchés. Elle devrait, selon les termes d'un rapport publié par l'OCDE (1973) :
1. Etablir une coordination entre les différentes structures de formation du personnel de santé en créant, par exemple, des filières de transition et de promotion.
2. Etre le champ de réunion des représentants des institutions concernées par les problèmes de santé pour discerner les objectifs et élaborer des plans d'action communs.
Bref, l'université de santé devrait être capable d'assurer la prospective sanitaire théorique et appliquée !

Frais des soins par assuré, selon les coûts

Année	*Traitement médical*	*Médicaments*	*Traitement hospitalier*	*Autres frais*	*Total*
	Indice				
1960	100	100	100	100	100
1975	478	486	1223	443	596
	Quote-part en pour-cent				
1960	56,0	25,8	15,6	2,6	100,0
1975	45,0	21,1	32,0	1,9	100,0

Le poids des coûts de la santé

Année	*Frais des soins médicaux par assuré*	*Prix à la consommation*	*Salaires horaires moyens des ouvriers*	*Produit national brut*
1965	150	117	144	162
1970	291	139	201	253
1975	596	201	345	389

Source : P. Gygi, Das schweizerische Gesundheitswesen in der Bewährung; calculé par la SBS.

Pour combien de temps ?

Dans sa lettre à Jean Ziegler (« Une Suisse insoupçonnée ») Victor Lasserre écrit au sujet de la Banque Populaire Suisse : « Vous vous gardez de préciser que cet établissement est une société coopérative, qu'il ne possède qu'une seule succursale — de création récente — à l'étranger, au Luxembourg plus précisément, et que son activité s'exerce en Suisse, à raison de 90 %. » (p. 23).
Les très nombreux abonnés de la revue mensuelle « National Geographic », organe officiel de la «National Geographic Society Washington D.C.» ont l'occasion de prendre connaissance, dans le numéro de juillet 1977 (vol. 152, numéro 1) d'une annonce d'une page intitulée « Personal contact with a Banker in Switzerland can be very worthwhile. For your business as well as private matters » [1]. Cette annonce est placée sous le signe de la croix (suisse bien entendu) et elle est signée « Swiss Volksbank — Schweizerische Volksbank — Banque Populaire Suisse — Banca Popolare Svizzera — A true-swiss big bank » [2]. L'annonce contient notamment cette phrase : « On your next visit to Switzerland come and meet us personnaly » [3].
L'invitation est très claire. Mais en fait, peut-être considérera-t-on que les affaires sont traitées en Suisse et ne modifient donc pas le pourcentage des affaires dites nationales.

[1] Le contact personnel avec un banquier suisse peut être très profitable. Aussi bien pour vos affaires qu'à titre personnel.
[2] Faut-il traduire, après l'affaire du Crédit Suisse ?
[3] Venez et rencontrez-nous en personne lors de votre prochain voyage en Suisse.