

Santé communautaire : nécessité d'une politique de santé

Autor(en): **Gilliand, Pierre**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(1988-1989)**

Heft 21

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-789984>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Santé communautaire: nécessité d'une politique de santé

* Conférence de Pierre Gilliand au «Congrès de soins en santé communautaire», Zurich, 28/29 août 1987

A quand une vraie politique de la santé?

En Suisse et en 1987, il est, hélas! encore nécessaire de réclamer une politique de santé! Il est vrai: la mode est à la «déréglementation»; ses thuriféraires croient que la «dérégulation» conduit ensuite à une «auto-régulation»; ils préfèrent donc la «direction à vue» à la conduite d'une politique, qui requiert anticipation et réflexion à long terme. Une politique répond à des finalités et s'inscrit dans la durée.

La santé publique: un investissement en faveur de la population

Les personnels des services hospitaliers et ambulatoires soignent des souffrants, qui aspirent à un prompt rétablissement de leur état de santé ou à un digne accompagnement. Les infrastructures médico-hospitalières de notre pays sont nombreuses, neuves pour la plupart et de qualité; ce sont des biens conditionnant, par leur durabilité et par leur coût, le développement sanitaire dans son ensemble.

De toute évidence, il faut faire preuve de rigueur pour maîtriser les dépenses du domaine médico-social. Cependant, la santé publique ne peut se concevoir en termes de dépenses seulement; elle est un investissement en faveur du mieux-être de la population en général, des malades et des impotents en particulier.

La santé publique: un gros fournisseur d'emplois

La santé publique est une branche d'activités multiples, qui en fait un puissant moteur de l'économie; en occupant environ un actif sur douze, les activités socio-économiques de la santé comptent maintenant un

*) **Professor Dr. Pierre Gilliand ist Dekan der Fakultät für Politik und Sozialwissenschaft, «Institut des Hautes Etudes en Administration Publique» und «Institut des Sciences Sociales et Pédagogiques», an der Universität Lausanne.
Adresse: Prof. Dr. Pierre Gilliand, Université de Lausanne, Faculté des Sciences et Politiques, Rue Cité-Devant 2, 1005 Lausanne.**

nombre de travailleurs, de formation et de qualification souvent élevées, qui est devenu supérieur à celui de tout le secteur de l'agriculture; et l'emploi, dans le domaine de la santé, s'étendra encore.

Nécessité d'une politique: l'évidence

Souffrance, guérison, système complexe de soins, formation et emploi, financement social et solidarité: le domaine de la santé ne saurait être laissé à l'improvisation et géré au jour le jour; il nécessite une politique.

Qu'il faille une politique de santé, ce devrait être un truisme. Certes, quelques cantons ont une réelle politique. Mais le fonctionnement du système de santé et sa problématique future restent une «boîte noire». Les allégations de grands principes masquent maints conflits d'intérêt. Le manque de transparence multiplie les «conseillers» et leurs «recettes toutes faites». Or le mythe de la «solution passe-partout» est mort, même si subsistent les incantations.

S'adapter aux besoins = réorienter le système

Considérons brièvement quelques confusions présentes en matière de santé publique, des tendances postulant le développement des services de soins et soutiens à domicile, et des postulats.

Les hôpitaux rendent et continueront de rendre d'éminents services. Ce n'est nullement minimiser leur rôle et leur importance que de rappeler la longue période d'hospitalo-centrisme qui a prévalu jusqu'ici. Les soins et soutiens à domicile n'ont que la portion congrue du financement de la santé publique: un petit pourcent seulement.

Une réallocation graduelle des ressources doit être programmée, avec un volontarisme marqué. Car qui dispose de beaucoup veut plus encore! Des «hospitaliers» s'ingénient à justifier un nombre de lits supplémentaires, contre l'efficacité quand règne la surdotation; il est navrant de constater que des communes, en dépit de changements sociaux connus, se précipitent à l'office fédéral des assurances sociales pour obtenir d'ultimes subventions, en vue de construire des homes pour vieillards valides: la conception en est dépassée; des pays même planifient leur disparition.

Retard de trois idées et d'une planification! Il s'agit non pas de passer de l'hospitalo-centrisme à un extra-hospitalo-centrisme, mais de réorienter le système de santé en vue de s'adapter aux besoins présents et futurs.



Was tun, wenn jemand von uns krank wird oder verunfallt und zuhause das Bett hüten muss? Es kann jeden treffen. Hier hilft Embru Spitex.

Wir orientieren Sie über «Spitex – Für die Pflege zuhause» und was wir dazu beitragen können. Ihre Anfrage ist für Sie unverbindlich, ein Besuch erfolgt nur auf Wunsch.



Embru-Werke, Spitex
8630 Rütli ZH
Telefon 055 / 31 28 44
Für die Pflege zuhause

Gutschein

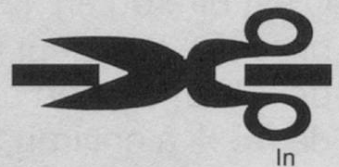
Senden Sie mir bitte Ihre Broschüre
«Spitex – Für die Pflege zuhause».

Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Auf Karte geklebt oder in Couvert an obige
Adresse senden. Oder einfach anrufen.



Explosion des coûts de la santé? Faux!

L'assurance-maladie est confondue avec la politique de santé. Or avec les autres assurances sociales, elle couvre moins de deux cinquièmes des frais de santé publique. Menacées d'élimination si elles ne sont pas agressives, les caisses sont écartelées entre deux logiques incompatibles: l'une sociale, l'autre commerciale. Elles redistribuent sans sélectivité près d'un milliard et demi de subventions. Autant dire qu'il n'y a presque rien pour les soins à domicile. L'assurance-maladie s'enlise. Et les aménagements «cosmétiques» de la législation fédérale ne sont pas à la mesure des problèmes à résoudre.

Les cotisations d'assurance-maladie ne cessent d'augmenter. Aussitôt les commentateurs extrapolent. «Explosion des coûts de la santé», cla-me-t-on!

D'abord, la santé ne coûte rien: c'est la «réparation de la santé dégradée» qui est onéreuse. Il faut administrer les fonds sociaux avec compétence et rigueur; il est toujours possible de mieux gérer.

Mais si l'on se fie aux statistiques collectées par Pierre Gygi, il n'a y pas «explosion des coûts». La part des montants affectés à la santé publique est de l'ordre de 7% du produit national brut de 1975 à 1984 (respectivement 6,8 et 7,3).

En revanche, il y a transfert des charges publiques sur les assurés

En effet, les dépenses de santé publique ont augmenté à un rythme à peine supérieur à celui du PNB*. Quant aux contributions directes et indirectes de l'ensemble des pouvoirs publics, elles ont augmenté à un rythme à peine plus rapide que celui de l'indice des prix à la consommation.

C'est dire qu'en 1984 la contribution financière totale des pouvoirs publics est, en valeur monétaire constante, pratiquement semblable à celle de 1975! Sa part au financement de la santé publique a baissé de près de 45% à environ 37%.

Toutes autres choses égales et en simplifiant, le délestage des pouvoirs publics sur les assurés est de l'ordre de sept milliards en 10 ans. Voilà pourquoi les cotisations-maladie croissent. Transfert de charges, et non pas «explosion des coûts».

En l'occurrence, ce transfert est aveugle. Les cotisations-maladie étant individuelles, l'accroissement pèse en conséquence surtout sur les familles et les personnes économiquement modestes. Si cette politique financière est délibérée, alors elle n'est pas solidaire; elle est en contradiction avec une politique sociale de santé, qui postule une charge propor-

PNB = produit national brut = BSP = Bruttosozialprodukt

tionnée et un accès équitable de chacun aux services médico-sociaux. Misère d'une pseudo-politique de santé. La liste des confusions et appréciations erronées pourrait être allongée. Ces quelques exemples suffisent à réclamer une politique cohérente.

Priorité aux soins en santé communautaire

Contentons-nous ici de quelques axes. Les progrès médicaux et pharmaceutiques n'ont pas fini de nous étonner. L'équipement technique des hôpitaux et leurs possibilités thérapeutiques s'amplifieront. Ces éléments posés, la priorité et l'effort des décennies à venir sont à accorder aux soins en santé communautaire. Les améliorations potentielles en matière de santé résident surtout dans les modifications de la dispensation des soins en rapport avec les modes de vie et dans la gestion de l'environnement au sens large.

Plus l'âge s'élève et plus la probabilité d'être hospitalisé ou placé en institution médico-sociale s'accroît. La population âgée de plus de 65 ans représente actuellement un habitant sur sept. Or deux malades sur cinq occupant des lits hospitaliers sont des personnes âgées; et même un lit sur deux, en prenant en compte les homes de vieillards.

Le taux d'institutionnalisation s'élève de manière exponentielle dès 65-70 ans. En effet, environ un habitant sur septante — pour ce groupe d'âges — est en institution. Le taux est de un sur quatre au-delà de 85 ans, et même de un sur trois pour les nonagénaires.

Le maintien à domicile ne doit pas rester un privilège de riches

La courbe de placement institutionnel des habitants âgés à faible revenu est, à tous les âges, supérieure à la courbe moyenne. Et la courbe concernant les résidents aisés — et tant mieux pour eux en l'occurrence — est toujours inférieure à la courbe moyenne. L'importance des ressources — liée au niveau d'instruction et à la formation — est donc déterminante pour le maintien à domicile. Personne ne s'en étonnera, sachant que le coût de l'hospitalisation ou du placement est prix en charge, en totalité ou partiellement, par les assurances et les pouvoirs publics. Il n'en va pas de même pour les frais de soins et de soutien à domicile. Ainsi, le système en vigueur — qui tarde à être aménagé — pénalise ceux qui se dévouent pour garder un proche malade à la maison.

Ce système de financement va à l'encontre du bon sens. En effet, les études du Centre lausannois des soins à domicile (1982) et l'expérience pilote dans le canton de Vaud (1986) le montrent de façon patente et convergente; le maintien dans le milieu de vie habituel est nettement moins coûteux pour la collectivité que l'hospitalisation et le placement. Mais le coût en est supérieur pour le malade et son entourage! Du seul point de vue monétaire, un malade a tout intérêt à recourir aux établisse-

ments de soins. Si les personnes économiquement à l'aise peuvent financer le coût du maintien à domicile, ce n'est pas le cas de celles qui n'ont que de faibles moyens; celles-ci sont parfois contraintes de se réfugier dans un établissement pour des raisons financières. Résultats catastrophiques sur le plan humain, absurde sur le plan financier pour la collectivité.

La deuxième révision des prestations complémentaires offre de remarquables opportunités

La courbe du recours à l'assistance publique est symptomatique. Après l'entrée en vigueur de l'AVS et en raison de la prospérité économique, le taux a tendance à diminuer. Puis il chute en 1966, pour remonter légèrement avec le vieillissement, puis avec le chômage. La raison de cette chute spectaculaire — une diminution presque de moitié du taux d'assistance chez les personnes âgées — tient aux prestations complémentaires délivrées pour la première fois en 1966. De façon concomitante, le nombre d'admissions a baissé considérablement dans les homes de vieillards. Agir pour améliorer le revenu des plus démunis a des effets humains et sociaux, se répercutant en économies dans le domaine médico-social. Car la pauvreté coûte cher à la santé publique.

La deuxième révision des prestations complémentaires *AVS-AI est entrée en vigueur au début 1987. Les cantons qui sauront utiliser les remarquables opportunités qu'elle offre verront à nouveau se produire le phénomène de 1966. Mais combien de cantons ont-ils compris tout l'intérêt de cette récente révision? Intérêt qualificatif pour leurs citoyens, intérêt économique pour eux.

Le nombre des grands vieillards va se multiplier près de deux fois et demie

Ce sont surtout des personnes âgées qui recourent aux services en santé communautaire. Aussi, un phénomène inéluctable commande leur développement: le vieillissement de la population, irréversible ces quatre à cinq prochaines décennies:

- En effet, du recensement de 1980 à 2025, le nombre total d'habitants — selon un scénario plausible — augmentera faiblement: 6,4 à 6,8 millions.
- En revanche, le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans va s'élever d'environ 900 mille à près de 1450 mille, soit un accroissement de deux tiers; leur proportion passera de 14% à 21% de la population totale.



aus der Wissenschaft
für die Wissenschaft

Wissenschaftliche Forschung, Kommunikation und Literaturvermittlung kennt keine Sprach- und Landesgrenzen!

Deshalb sind auch unsere Buch- und Zeitschriftenangebote mehrsprachig und unsere Bezugsquellen über die ganze Welt verstreut.

Wir sind täglich meist über Telex in Kontakt mit unseren Lieferanten und Agenten, zum Beispiel in Amsterdam – Berlin – Heidelberg – London – Paris – New York – Tokyo – Wien.

Unsere Tätigkeit beschränkt sich auf die Fachgebiete: Naturwissenschaften – Technik – Informatik – Medizin – Psychologie – Psychiatrie – Soziologie – Pädagogik.

In unseren Ladengeschäften an der Universitätsstrasse 11 (Naturwissenschaften – Technik – Informatik – Medizin) und in der Humana-Abteilung an der Rämistrasse 37 (Psychologie – Psychiatrie – Soziologie – Pädagogik) treffen täglich Neuerscheinungen ein, hauptsächlich aus dem deutschen und englischen Sprachraum. Unser fachkundiges Personal steht Ihnen zur Verfügung.

Freihofers AG – 01 363 42 82

Die wissenschaftlichen Buchhandlungen

Zentrale Postadresse: Postfach 8033 Zürich

— Bien plus, le nombre des grands vieillards de plus de 80 ans — ceux dont les besoins médico-sociaux sont les plus grands — va se multiplier près de deux fois et demie, leur nombre passant de 170 à 350 mille.

Ce vieillissement secondaire augmente la part des grands vieillards au sein du groupe âgé, de un cinquième à un quart.

Enormes économies possibles

Un tel vieillissement est gros d'isolement. Il convient d'espérer des solidarités de voisinage, pour éviter le repli sur soi et la triste solitude.

Si les modes de dispensation des soins et de financement restaient identiques, et si les taux de placement en établissements restaient les mêmes, alors — toutes autres choses égales — le vieillissement ferait doubler le nombre des lits occupés par les aînés, nombre passant en 45 ans de 50 à 100 mille environ. Des économies énormes d'investissement sont donc possibles.

L'économie qui résulte du développement des soins en santé communautaire est si grande qu'elle est impérieuse. Seuls les sourds et les aveugles peuvent ne pas entendre ou ne pas voir, ainsi que les attardés et les retardés...

Et pourtant: limites et corollaires des services

Cependant, le développement de ces services en santé communautaire n'est pas la panacée; plusieurs corollaires sont nécessaires pour que la politique de santé reste cohérente.

Sur un plan général:

— Soigner des malades à domicile et les aider à vivre dans leur milieu de vie habituel, cela constitue une alternative partielle à l'hospitalisation ou au placement institutionnel. Mais le maintien à la maison comporte des limites, et même il peut être contre-indiqué.

— Par ailleurs, le choix du malade et de son entourage est essentiel: rester chez soi, malgré tout et si c'est possible, ou se rendre dans un établissement. Le critère de base est l'ouverture des choix possibles, grâce à une diversification du réseau des institutions.

— Enfin, les institutions ambulatoires et fermées concourent au même but: servir les malades. Les principes de continuité des soins et de complémentarité des services sont des pierres d'angles de la politique de soins.

Sur le plan des corollaires:

- D'abord, le financement des soins et soutiens à domicile doit être aménagé, soit par le canal des assurances, soit par la prise en charge par les pouvoirs publics — sous conditions de ressources des intéressés —, soit par une combinaison des deux stipulée par convention. Et le système sélectif des prestations complémentaires est encore à renforcer.
- Ensuite, il s'agit de programmer une diminution volontaire de la capacité réceptive des hôpitaux; diminution qui peut en partie être réalisée par des conversions en services gériatriques. Même en abaissant les taux par âge d'hébergement, le vieillissement est si important qu'il accroîtra ce type de besoins.
- En outre, les homes de vieillards seront de moins en moins sollicités; mais une médicalisation et une densité croissante de personnel qualifié seront nécessaires dans les indispensables établissements médico-sociaux, qui recevront des malades de plus en plus âgés et dépendants sur le plan des soins infirmiers.
- De plus les économies réalisées dans les «murs et le béton» sont à affecter en «investissements en personnel».
- Enfin, une politique sociale du logement est la correspondance d'une politique de santé, tenant compte du vieillissement démographique et du maintien à domicile. A cet égard, les besoins quantitatifs dus au vieillissement sont énormes; et du point de vue qualitatif, la rénovation d'appartements existants, la construction de logements commodes et protégés, en tout cas appropriés aux handicaps de l'âge, le cas échéant l'aide sociale pour le loyer, facilitant la rotation du logement, représentent une tâche de toute façon urgente.

En 2010: un médecin pour 350 habitants

L'extention des services en santé communautaire est à programmer en tenant compte aussi de la démographie médicale. De un médecin praticien pour mille habitants en Suisse en 1975, la densité va être de un pour cinq cents d'ici quelques années, un pour trois cents cinquante vers 2010. Pratique médicale, services à domicile, hospitalisation et hébergement sont des parties d'un tout; elles doivent être dûment coordonnées.

En guise de conclusion

Il y aurait beaucoup à dire encore. Mais il est temps de conclure, après avoir cité des confusions, dégagé des tendances, proposé des postulats pour une politique de santé: ces postulats prennent en compte l'énorme vieillissement de la population des décennies à venir.

Le développement des techniques et de l'économie, les progrès médicaux et sociaux, ont permis un allongement de la durée moyenne de vie. Mais à quoi servirait-il d'accroître encore la longévité humaine, si les fractions d'années supplémentaires arrachées au destin devaient être vécues entre parenthèses? Si une mort sociale devait précéder la mort physique?

La santé, demain, requiert de relever maints défis. Une politique de santé cohérente ne se restreint pas au secteur médico-hospitalier; elle s'étend à l'ensemble des mesures qui concourent au mieux-être. Le succès de la politique de santé se joue sur plusieurs âges et plusieurs fronts. Les soins en santé communautaire doivent bénéficier ces prochaines années d'une priorité. Il s'agit de donner un sens — du sens — au futur, afin qu'il ait un avenir.

Zusammenfassung

Professor Pierre Gilliard betont die Notwendigkeit einer koordinierten Gesundheitspolitik. Eine neuzeitliche Konzeption muss langfristig geplant werden:

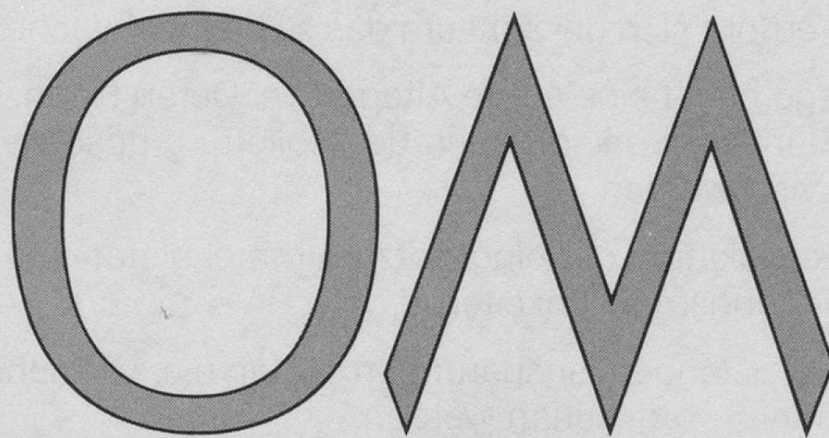
«Wir können von einer soliden Infrastruktur auf sozialmedizinischem Gebiet in unserem Land ausgehen, sind doch unsere Spitäler von hoher Qualität, modern und zahlreich.

Selbstverständlich müssen wir die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff bekommen. Die Öffentliche Gesundheit ist aber nicht nur eine Kostenfrage; sie ist vielmehr eine Investition zum allgemeinen Wohlergehen der Bevölkerung.

Die spitalexterne Betreuung muss daher ausgebaut werden; heute beansprucht sie nur ein kleines Prozent der für Spitäler und Heime überdotierten Mittel. Für die Hauspflege bleibt zuwenig übrig.

Es ist bedauerlich, feststellen zu müssen, wie sich die Gemeinden wegen terminierter Subventionen auf das Bundesamt für Sozialversicherung stürzen, um immer mehr Altersheime zu bauen, währenddem andere Länder diesen Typ von Heimen («homes pour vieillards valides») längst eingeschränkt haben.

Sozialversicherungen und Krankenkassen werden zwischen zwei Unvereinbarkeiten, der sozialen und der kommerziellen, erdrückt. (Ohne Selektion werden jährlich beinahe 1-½ Mia. Franken ausgeschüttet und es verbleibt fast nichts für die Pflege zuhause).



Laboratorien OM Genf

mehr als 50 Jahre
im Dienste der Medizin

Dabei kann nicht einmal zurecht von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen gesprochen werden, werden doch heute, wie schon 1975, dafür nur etwa 10% des Brutto-Sozialproduktes aufgewendet.

Ausserdem belastet die Zunahme der Kosten vor allem die Familien mit bescheidenem Einkommen. Es fehlt dieser Pseudo-Gesundheitspolitik die Komponente der Solidarität. Priorität sollte daher den Ausgaben auf Gemeindeebene, wie den Ausgaben für Hauspflege eingeräumt werden. Nach der heute geltenden Ordnung werden diejenigen bestraft, die einen Patienten in der Familie betreuen. Der Kostentarif für diese Patienten belastet die Allgemeinheit weit weniger — bei mittlerer Pflegebedürftigkeit — als die Spital- und Heimunterbringung.

Die zur Verfügung stehenden Mittel wären also künftig gezielter einzusetzen, wird sich doch der Anteil der Betagten über 65 Jahren bis ins Jahr 2025 von heute 14% auf etwa 21% erhöhen. Bei den über 80-jährigen erhöht sich die Zahl um das zweieinhalbfache.

Die Hauspflege bietet eine echte Alternative. Deren Finanzierung ist neu zu überdenken. So kann auch der Isolierung unserer Betagten entgegengewirkt werden.

Nur eine Diversifikation der eingesetzten Mittel bietet eine Auswahl von Unterbringungsmöglichkeiten.

Die damit zu erzielenden Einsparungen sollten u.a. vermehrt für Personalinvestitionen vorgesehen werden.

Niemals darf es dazu kommen, dass die durch die medizinische Kunst verlängerte Lebensdauer durch einen vorzeitigen «sozialen Tod» ad absurdum geführt wird.

Die Gesundheitspolitik von morgen bedeutet eine echte Herausforderung, um der Zukunft von uns allen neuen Sinn zu geben.»

Redaktion