

Zeitschrift: Revue suisse : la revue des Suisses de l'étranger
Herausgeber: Organisation des Suisses de l'étranger
Band: 40 (2013)
Heft: 1

Artikel: La santé publique, un chantier sans fin
Autor: Gross, Seraina / Baumann-Hölzle, Ruth
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-911687>

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: 11.01.2026

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

La santé publique, un chantier sans fin

La Suisse offre à ses habitants une très bonne prise en charge médicale. Tous les Suisses souscrivent une assurance obligatoire, le système comporte peu de points critiques et le personnel médical est excellent. Pourtant, le système de santé n'est pas prêt pour l'avenir. Qui va par exemple soigner les personnes atteintes de démence qui seront probablement 220 000 d'ici à 2030?

Par Seraina Gross

Le système de santé suisse est le reflet de notre pays: il est bon, mais il est cher. D'après l'Organisation de coopération et de développement économiques et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le système de santé suisse fait partie des meilleurs de l'OCDE. «La population dispose de services de santé de proximité, d'un grand choix de prestataires et d'assureurs et d'une large couverture des prestations médicales et médicaments de base.» L'espérance de vie élevée est une preuve de la très bonne qualité de notre système de santé. Et très peu de pays peuvent se prévaloir d'une espérance de vie aussi longue qu'en Suisse. En 2011, un homme de cinquante ans pouvait espérer vivre jusqu'à 83 ans et une femme du même âge jusqu'à 85,9 ans.

Mais la qualité a un prix: en 2009, les dépenses de santé représentaient 11,4 % du produit intérieur brut. En comparaison internationale, la Suisse est à égalité avec le Canada, et en septième position parmi les pays de l'OCDE. Les États-Unis sont de loin en tête avec 17,4 %. L'Office fédéral de la statistique a évalué le coût du système de santé en 2010 à 62,5 milliards de francs pour la Suisse. Pour une population de huit millions d'habitants, cela représente 661 francs par personne et par mois.

Augmentation de la prime

Le montant élevé des primes d'assurance maladie est donc un thème récurrent en politique. Il grève lourdement le budget des foyers, malgré les hausses relativement modérées des primes ces dernières années. Depuis janvier, les assurés déboursent en moyenne 353 fr. 10 par mois pour l'assurance maladie. Les habitants de Nidwald sont ceux qui paient le moins (172 fr. 10) et ceux de Bâle ceux qui cotisent le plus (461 fr. 40). Selon l'OCDE, une famille de classe moyenne avec deux enfants consacrait en 2007 9,8 % de son budget aux primes d'assurance maladie, contre 7,6 % en 1998. Ce montant ne tient pas compte des frais que les patients doivent assumer directement en

cas de maladie. Dix pour cent des frais de traitement sont à la charge du patient, avec un plafond de 700 francs par an. En outre, chaque assuré doit assumer au début de chaque année, selon son modèle d'assurance, entre 300 et 2500 francs de frais de traitement avant que la caisse-maladie ne prenne le relais.

Même dans ce riche pays qu'est la Suisse, il y a bien longtemps que tout le monde n'est plus en mesure de payer ses primes. Les foyers modestes peuvent donc prétendre à une aide financière. Aujourd'hui, presque un assuré sur trois a recours à la réduction des primes. En 2010, ce dispositif a coûté quatre milliards de francs à la Confédération et aux cantons.

Plus de marché ou plus d'État?

Si la santé publique suisse se porte encore bien, les perspectives sont en revanche plus incertaines. Les signes montrant que la Suisse n'est pas à la hauteur des grands défis à venir se multiplient. Notre société fait partie de celles qui vieillissent le plus vite au monde. L'OCDE et l'OMS préviennent depuis des années que des réformes sont nécessaires. Mais la Suisse peine à réformer. Depuis l'introduction de l'assurance maladie obligatoire en 1996, la politique piétine.

Les raisons de ce blocage sont variées. Premièrement, aucun accord n'a été trouvé sur une question essentielle: la santé publique a-t-elle besoin de plus de marché ou de plus d'État? Le Parlement, où dominent les partis bourgeois, tend plutôt vers un modèle concurrentiel, mais la population se montre sceptique. L'échec en juin dernier du projet Managed Care élaboré par le Parlement en est un exemple patent. En revanche, il y a de bonnes chances que la population approuve l'initiative du PS pour une caisse-maladie unique. Mais les défaillances politiques ne sont pas sans conséquences: ces dernières années, la Suisse n'a pas réussi à introduire une compensation des risques efficace entre les caisses-maladie. Seuls l'âge et le sexe des assurés sont pris en compte et non leur état de santé. De ce fait, la concurrence entre les caisses-maladie se limite presque essentiellement à courir après les «bons risques», soit



Une médecine de pointe hautement technicisée occasionne des coûts immenses

les jeunes et les personnes en bonne santé. Ce qui ne génère guère d'économies. Au contraire, chaque changement de caisse entraîne des frais et l'argent consacré à la publicité des caisses-maladie ne tombe pas du ciel.

Le blocage politique résulte des nombreux intérêts particuliers en jeu, notamment ceux des médecins, des caisses, de l'industrie pharmaceutique et des patients, pour n'en nommer que quelques-uns. La politique de santé est l'un des rares dossiers dans lequel interviennent autant d'acteurs aussi divers. Les deux principaux groupes d'intérêt – les caisses-maladie et les médecins – étaient même représentés au Parlement ces dernières années. Pour les caisses-maladie, le Grison Christoffel Brändli de l'UDC (président de l'association des caisses-maladie Santésuisse) et le Saint-Gallois Eugen David du PDC (président d'Helsana, la plus grande caisse-maladie de Suisse) siégeaient au Conseil des États. Les médecins étaient pour leur part représentés au Conseil national par le président de la FMH, le Genevois Jacques de Haller (PS).

Une responsabilité partagée

Le partage de la responsabilité dans la santé publique fait aussi obstacle aux ré-

formes. Si l'assurance maladie relève certes de la Confédération, les soins de santé dépendent en revanche des cantons, qui décident par exemple de la prise en charge hospitalière. Toutefois, les frais occasionnés par les hôpitaux ne sont assumés qu'à 50% par les cantons. L'assurance maladie paie le reste. D'après des observateurs comme l'éthicienne zurichoise Ruth Baumann-Hölzle (voir entretien), le partage de la responsabilité entraînerait la mise en place d'une sorte de système D. L'OCDE et l'OMS ne critiquent pas aussi durement les mécanismes décisionnels de la Suisse. Elles considèrent même la «flexibilité locale» des 26 cantons comme un point fort du système. Elles jugent aussi positivement le rôle de la démocratie directe: «Le niveau particulièrement élevé de la participation politique directe à tous les niveaux du gouvernement offre aux citoyens suisses la possibilité d'influencer l'orientation de la politique de santé.» Mais les deux organisations signalent aussi que «les différences entre les cantons dans le financement et l'accès (...) peuvent masquer des inégalités.»

En outre, la santé publique n'a pas été très chanceuse dernièrement avec ses propres conseillers fédéraux. Le Valaisan Pascal Couchepin, dynamique et libéral-radical, a endossé avec difficultés le rôle du responsable chargé de trouver l'équilibre des intérêts. Le Neuchâtelois Didier Burkhalter, également libéral-radical, a quitté le Département de l'intérieur au bout de deux ans seulement pour rejoindre le Département des affaires étrangères, sans s'être réellement penché sur le dossier de la politique de santé.

Les premiers pas d'Alain Berset

Depuis un peu plus d'un an, le socialiste fribourgeois Alain Berset a pris en charge ce chantier sans fin qu'est la santé publique. Ce conseiller fédéral de tout juste 40 ans passe pour quelqu'un de vif d'esprit et pour un pragmatique courageux. Saura-t-il résoudre les problèmes majeurs? Il est encore tôt pour tirer un bilan. Mais les premiers projets qu'il a lancés vont dans la bonne direction. Il a enfin pris en main le problème du manque de médecins de famille qui affecte depuis longtemps les régions rurales, où, depuis des années, les médecins de famille sur le point de prendre leur retraite ne trouvent personne pour reprendre leur cabinet. Leur départ entraîne donc souvent la fermeture de leur cabinet.

Depuis peu, même dans les zones urbaines et proches des villes, on entend dire qu'on peut s'estimer heureux d'avoir un bon médecin de famille. La Suisse compte en moyenne six médecins de famille pour 10 000 habitants. À titre de comparaison, la France en compte seize. D'après les experts, la Suisse forme chaque année 400 médecins de famille de moins qu'elle n'en a besoin. L'Observatoire suisse de la santé, une organisation apolitique, estime qu'il manquera en Suisse d'ici à 2030 un tiers des médecins de famille nécessaires.

300 médecins de plus par an

À partir de l'année universitaire 2018/2019, 300 médecins de plus devraient être formés chaque année. Le nombre de diplômes universitaires dans les cinq facultés de médecine suisses (Zurich, Berne, Bâle, Genève et Lausanne) devrait alors atteindre progressivement 1100 par année universitaire. Il est même question de créer de nouvelles facultés de médecine. On ne sait pas encore qui assumera les 56 millions de francs de frais annuels occasionnés par la formation des médecins supplémentaires. En réalité, la formation des médecins, comme la majorité des missions de formation, relève des cantons. Mais dans ce cas, la Confédération doit participer aux frais, mais non sans conditions. Si elle paie, elle aura aussi son mot à dire.

Autre problème dans la formation de médecins supplémentaires: le nombre insuffisant de candidats au métier de médecin généraliste. La pénurie de médecins concerne en effet uniquement les fournisseurs de prestations de base, c'est-à-dire les médecins de famille, les internistes et les pé-



Trop peu de jeunes médecins aspirent aujourd'hui à devenir médecins de famille – c'est un travail astreignant et mal payé

diatres. Les spécialistes ne manquent pas. Au contraire, ils sont même trop nombreux. Le Conseil fédéral a donc décidé à la fin de l'année dernière de limiter à nouveau les admissions de spécialistes. Dès avril, les cantons devraient avoir la possibilité de refuser à des médecins spécialistes l'autorisation d'exercer s'ils estiment qu'il n'y a pas de besoins. Le Conseil fédéral réagit ainsi à la forte hausse de cabinets de spécialistes enregistrée depuis l'expiration fin 2011 du premier gel des admissions. Mais cette solution n'est satisfaisante pour personne. Les restrictions d'admission ne devraient donc être applicables que trois ans. D'ici là, il faudra

s'employer à revaloriser la médecine de famille. Le plan directeur du conseiller fédéral Alain Berset sur la médecine de famille prévoit notamment de permettre aux futurs médecins de famille de faire leur internat dans un cabinet de généralistes. Jusqu'à présent, comme les spécialistes, ils le valident surtout à l'hôpital. Une étape doit impérativement être franchie: celle de la revalorisation économique de la profession de médecin de famille. En Suisse, les généralistes gagnent bien moins que les spécialistes. La Fédération des médecins FMH a évalué en 2009 à 197 550 francs le revenu moyen soumis à l'AVS des médecins généralistes. À

titre de comparaison, un neurochirurgien gagnait plus du double, soit 414 650 francs, un ophtalmologue 345 150 francs et un gynécologue 236 000 francs.

300 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer d'ici à 2050

Après l'échec des grandes réformes des dernières années, le conseiller fédéral Alain Berset procède étapes par étapes: revalorisation de la médecine familiale, réintroduction du gel des admissions, amélioration de la compensation des risques entre les caisses. Il devra relever un autre défi majeur: l'augmentation du nombre de

«On ne peut pas poser la question du rationnement sur le lit d'hôpital»

Ruth Baumann-Hölzle est l'une des voix majeures en Suisse sur les questions éthiques relatives à la santé publique. Elle s'oppose strictement au fait qu'on refuse à certains patients des traitements médicaux pour des raisons économiques. Elle plaide en revanche pour une analyse détaillée des prestations.

Entretien: Seraina Gross

«REVUE SUISSE»: En Suisse, le slogan «la santé n'a pas de prix» a longtemps eu cours. Cela est-il encore possible aujourd'hui compte tenu du fait que les dépenses de santé représentent 661 francs par personne et par mois?

«RUTH BAUMANN-HÖLZLE»: Ce slogan n'a jamais été appliqué. Toute prestation a toujours eu un prix. Mais, en arborant cette position, les limites des possibilités de financement de la santé publique ont longtemps été ignorées en Suisse. Pourtant, nous devons aussi nous demander ce que nous sommes prêts à payer pour la santé.

Quelle est votre réponse?

Je ne peux pas vous répondre en chiffres. Ce qui est important, c'est que l'on s'interroge sur l'importance des frais de santé par rapport à d'autres frais de société, par exemple ceux de formation. La formation doit être renforcée, non seulement la formation supérieure, mais aussi la formation de base. Nous savons qu'il existe une corrélation directe entre le niveau de formation et



Ruth Baumann-Hölzle

l'état de santé: meilleure est la formation, meilleure est la santé. Autrement dit, la pauvreté et une mauvaise formation sont néfastes à la santé.

La Suisse dispose de l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Mais, quelles sont ses lacunes?

Nous bénéficions de bons soins de base et l'accès aux prestations médicales de pointe est aussi garanti. Les lacunes concernent la répartition des moyens, qui est injuste.

C'est-à-dire?

Certains traitements sont abusifs alors même que d'autres sont insuffisants. Certains patients bénéficient de soins excessifs quand d'autres n'ont pas la prise en charge dont ils auraient réellement besoin. Nous savons par exemple que beaucoup d'opérations chirurgicales inutiles sont effectuées en Suisse parce

qu'elles sont lucratives. Le problème de l'excès de soins concerne avant tout les assurés privés car leur prise en charge est très rentable.

Quels patients ne bénéficient pas de traitements suffisants?

Ceux qui ont besoin en premier lieu d'un traitement non pas médical mais paramédical. Par exemple les patients multimorbides, c'est-à-dire atteints de plusieurs maladies, ainsi que ceux souffrant de maladies incurables. En général, plus la dépense pour la prise en charge est élevée, plus le risque de rationnement est important. Le problème se pose également chez les patients atteints de maladies rares. Dans ce domaine, la recherche est encore insuffisante. L'industrie pharmaceutique a certes fait quelques efforts dernièrement, mais pas assez.

Le journal «reformiert», une publication de l'Eglise réformée, a réalisé récemment un sondage sur le rationnement. Une faible majorité

s'est montrée favorable au refus d'une greffe de foie à un alcoolique. Qu'en pensez-vous?

«Cela revient à se demander si une vie mérite ou non d'être vécue»

Je m'oppose farouchement à la question du rationnement éventuel pour certains patients ou groupes de patients. Car cela revient à se demander si une vie mérite ou non d'être vécue. Ce type de questionnement est inhumain et l'histoire a montré qu'il mène à la perte de l'humanité.

personnes dépendantes et de malades chroniques. L'Association Alzheimer Suisse estime à 220 000 le nombre de per-



La part de personnes âgées dans la population ne cesse de croître

sonnes atteintes de démence en 2030, et à 300 000 en 2050. Aujourd'hui déjà, des dizaines de milliers d'aides-soignants allemands, polonais et français travaillent en Suisse. Ils font défaut dans leur pays d'origine, tout comme les milliers de médecins étrangers qui travaillent dans les hôpitaux et cabinets suisses. L'OCDE et l'OMS recommandent une planification nationale du personnel soignant.

Les deux organisations internationales critiquent aussi l'absence de données de politique de santé en Suisse. Selon l'OCDE et l'OMS, il est important, pour une politique basée sur le savoir, de disposer d'informa-

tions sur l'efficacité des thérapies. Les deux organisations pointent du doigt le manque de transparence, régulièrement critiqué en Suisse également. Du fait de cette opacité, les discussions en matière de politique de santé restent floues. Il serait pourtant utile et important de connaître les bénéfices exacts des fortes sommes investies dans le système de santé suisse.

SERAINA GROSS est correspondante de la «Basler Zeitung» en Suisse romande et journaliste libre.

La Suisse ne doit-elle pas se poser la question du rationnement?

Si, mais pas à propos de certains patients ou groupes de patients. Nous devons nous demander comment fixer les priorités. Nous devons refuser de discuter du fait qu'une greffe de foie soit accordée ou non à un alcoolique. En revanche, nous devons étudier la pertinence du rapport coût-utilité des prestations prises en charge aujourd'hui par l'assurance maladie. Le nouveau médicament contre le cancer introduit sur le marché justifie-t-il vraiment l'augmentation de coût par rapport à l'ancien? Toutefois, cela ne peut se faire sans une bonne recherche sur la qualité, laquelle fait défaut à la Suisse. L'insuffisance de la recherche sur la qualité est précisément l'une des grandes lacunes de la santé publique en Suisse.

Que pensez-vous du concept des Qaly (Quality Adjusted Life Years), l'idée que l'on s'accorde sur le montant que peut coûter une année de vie supplémentaire en bonne santé?

Aujourd'hui, il n'existe pas vraiment d'alternative aux QALY pour évaluer l'efficacité des prestations médicales. Mais les QALY ne doivent pas servir à estimer la valeur d'un être humain. Nous ne pouvons pas poser la question du rationnement sur le lit d'hôpital. En revanche, nous devons absolument utiliser le concept des QALY dans l'analyse coût-utilité des prestations.

Tout en risquant d'exclure de l'assurance maladie des prestations onéreuses?

Non. Si une prestation est efficace, elle

peut aussi être chère. Car son rapport coût-utilité est correct. En revanche, le rapport coût-utilité d'une prestation bon marché mais inefficace est incorrect.

C'est-à-dire qu'on se mettrait d'accord sur les prestations prises en charge par l'assurance maladie et dès lors qu'une prestation est incluse dans le catalogue, elle serait alors à la disposition de tous.

Exactement. Je fais volontiers la comparaison avec une bibliothèque: la décision de mettre un livre à la disposition des utilisateurs est prise lors de son acquisition. Dès lors qu'un livre est en rayon, il est impossible de refuser subitement que quelqu'un l'emprunte. Nous devons réfléchir à la composition de la bibliothèque dans le système de santé. Je suis convaincue qu'elle présente un potentiel d'économies considérable.

Cela signifierait qu'on regarde aussi combien les prestations rapportent, et à qui?

La question de la marge est aussi une question éthique. Nous savons que les marges sont parfois extrêmement élevées. En Suisse, les médicaments, implants et lits médicalisés par exemple sont très chers. Des fauteuils roulants que les assurances sociales suisses paient plusieurs milliers de francs sont disponibles sur Internet pour bien moins. Ces dernières années, les taux d'augmentation des primes des caisses-

maladie étaient aussi supérieurs aux taux d'inflation correspondants.

Pourquoi n'analyse-t-on pas les prestations plus en détail?

Par manque de volonté de transparence. Des relations transparentes révéleraient qui détient quels intérêts. La santé est l'un des rares secteurs politiques où les intérêts particuliers sont aussi forts et les lobbies aussi puissants.

Soyons plus concrets. Quel est vraiment le sens et le but de la santé publique? Dans les débats politiques, on parle souvent de marché de la santé.

La santé publique n'est pas un simple marché car une prestation de santé n'est soumise à une demande élastique que dans une faible mesure. On ne bénéficie pas de soins comme l'on achète une voiture, avec une décision d'achat et, le cas échéant, un choix de modèle.

Si je suis aux urgences pour une colique hépatique, ce n'est pas moi qui décide, mais d'autres qui décident pour moi.

Est-il contraire à l'éthique de gagner de l'argent dans la santé publique?

Non, les acteurs de la santé doivent évidemment gagner de l'argent et être rémunérés de manière appropriée. Mais gagner de l'argent n'est ni le sens ni le but de la santé publique, qui doit viser en premier lieu le soin apporté aux malades.

«L'insuffisance de la recherche sur la qualité est l'une des grandes lacunes de la santé publique en Suisse»