

**Zeitschrift:** Domaine public  
**Herausgeber:** Domaine public  
**Band:** - (1974)  
**Heft:** 269

**Artikel:** La médecine à l'aube d'une mutation radicale. Partie I, L'explosion des coûts de la santé  
**Autor:** [s.n.]  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1026463>

### **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:** 10.01.2026

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

## L'explosion des coûts de la santé

*Les signes avant-coureurs ne manquent pas: la médecine est à l'aube d'une mutation radicale, qui pourrait être aussi importante que celle qui affecte le domaine de l'énergie. Mais, alors que l'on constate que les grandes sociétés internationales pétrolières avaient pris la précaution de ne pas mettre tous leurs œufs dans le même panier, et s'étaient « recyclées » dans l'énergie atomique tout en continuant de profiter de leur situation prépondérante sur le marché de l'or noir, rien n'indique, dans l'organisation de la santé, que l'on se prépare à une crise, fût-ce pour en tirer profit.*

*Tenter un premier diagnostic, c'est d'abord enregistrer la formidable explosion du coût de la santé (cf. éditorial, DP 266). Mais il faut aller plus loin, et détailler l'économie de la santé.*

Si les hôpitaux reçoivent 4 % seulement des malades, ils absorbent aujourd'hui plus de la moitié des dépenses de santé, contre 33 % en 1950. Sur cette première somme, 45 % sont couverts par les pouvoirs publics.

Les raisons de cette augmentation sont connues : les progrès de la médecine et l'amélioration des prestations ont exigé la présence d'un personnel toujours plus nombreux et toujours plus qualifié. Ce personnel, par ailleurs, exige d'être rémunéré d'une manière convenable, les médecins assistants ne peuvent plus vivre de la fortune de papa et de l'espoir de leurs honoraires futurs, les infirmières conjuguent de moins en moins vocation hospitalière et vocation religieuse. Comme le démontre cependant le nombre anormalement élevé d'étrangers dans ce secteur, la rémunération n'y a cependant pas encore atteint un niveau acceptable, de même que les conditions — et les relations — de travail n'y sont pas encore satisfaisantes.

Par ailleurs, le vieillissement de la population a

pesé lui aussi sur l'accélération des dépenses, continuera à le faire, et cela pour la raison suivante : les recours aux médecins à l'hôpital s'accroissent nettement pour cette classe d'âge (cette augmentation est toutefois récente) et ses besoins en soins infirmiers sont plus élevés.

Doit-on tenir pour inéluctable la croissance actuelle des dépenses hospitalières ? Là, une remarque s'impose : une part croissante des frais découle de l'utilisation de techniques de pointe toujours plus coûteuses, spécialement dans le domaine de la chirurgie (chirurgie cardiaque) et de la médecine interne (dialyse rénale).

Remarquons pourtant qu'aujourd'hui les découvertes les plus importantes, celles qui permettent de prolonger la vie de manière sensible, sont derrière nous, et que tenu compte même de la guérison du cancer, les découvertes à venir n'auront qu'une incidence toujours plus faible pour un coût toujours élevé.

Cette diminution de l'efficacité n'a aucune incidence sur la recherche, qui se développe à un rythme inconnu jusqu'à ce jour. Se pose ici la question de l'orientation d'une recherche dont la nécessité se fait également urgente dans le domaine de la prévention, par exemple; se pose la question de la liaison entre la recherche et l'évaluation des débouchés pour les médecins.

Le maintien à tout prix de la vie biologique qui pose aujourd'hui déjà des problèmes éthiques aura des conséquences économiques difficilement appréciables. Et si, comme on dit, « la santé n'a pas de prix pour la personne », elle a pourtant un budget pour la communauté. Ces techniques de pointe vont-elles pouvoir se généraliser sans impliquer des arbitrages dans le budget des collectivités publiques (puisque les budgets privés sont incapables de les prendre en charge) extrêmement douloureux: greffe cardiaque pour tous, ou espaces verts, par exemple, pour ne pas parler des sacrifices consentis à l'usage de la voiture qui

finaleme nt contribue à remplir les hôpitaux...

Ce réflexe économique ne devra pas seulement jouer pour les interventions de ce type. L'hôpital possédant tous les moyens d'investigations, les médecins ont tendance à soumettre les patients à la totalité des analyses possibles, qu'elles soient indispensables, simplement utiles, ou même superflues; deux raisons expliquent les excès dans ce domaine : l'absence de confiance dans son propre diagnostic, ou, face au patron, la crainte d'un oubli dans le traitement (on reproche plus rarement d'en avoir trop fait). Dans le secteur privé, un gaspillage semblable peut exister; il est surtout fréquent lorsque le médecin qui prescrit est également propriétaire des moyens d'analyses. Il s'agit pour lui ou bien de rentabiliser un investissement un peu hasardeux, ou tout simplement d'améliorer ses propres revenus.

On peut qualifier également de gaspillage l'envoi dans des hôpitaux hyperéquipés de cas qui relèvent du traitement ambulatoire ou de l'hospitalisation à domicile (si ce mode de faire était pourvu des moyens en personnel et en matériel nécessaires).

Jusqu'à maintenant, on a fermé les yeux sur un important problème économique : celui des honoraires. Il ne s'agit pas de refuser au médecin des moyens d'existence convenables, ni même, si l'on veut, supérieurs à la moyenne : les années d'assistance sont pour des universitaires médiocrement rémunérées, et bon nombre de médecins travaillent avec une intelligence et un dévouement qui méritent un traitement quelque peu privilégié.

Il est indéniable cependant que l'absence de tout contrôle, la prise en charge par des tiers — les caisses maladie — d'une part importante des frais, la dépendance du patient par rapport au médecin permettent à certains d'exiger des honoraires abusifs.

Là encore des profits types doivent être définis : plafond d'honoraires, nombre moyen de visites, etc.

Il est clair que c'est sur ce point qu'il sera difficile d'obtenir une amélioration; on ne touche pas

sans danger aux rémunérations les plus élevées. Le problème sera un peu moins compliqué avec l'usage abusif des médicaments, malgré les pressions de l'industrie chimique. Les études publiées mettent en question les exigences du patient; la surmédication a deux autres causes au moins aussi importantes : l'insécurité du médecin qui, comme dans le cas des analyses, se camoufle derrière la multiplicité des prescriptions; joue également son absence de conscience économique, le refus de faire le lien entre une prescription et son coût. Nous voilà parvenus au terme de cette rapide esquisse de l'économie de la santé: on peut refuser ce genre de réflexion au nom de la qualité de la médecine, de l'indépendance totale des

## Un centre médical de quartier à Montréal

*Lu dans «Le Monde» (6.2.1974) le récit d'une expérience vécue au Canada par le docteur Sonia G. Jollès, médecin épidémiologiste, dans un centre médical à Montréal. Loin de nous de proposer l'exemple de cette organisation de quartier pauvre comme modèle de développement de la médecine en Suisse. Il nous paraît cependant intéressant, et nécessaire, de le proposer à l'attention, comme révélateur des tabous qui entravent notre réflexion sur l'organisation de la santé: la médecine, décloisonnée, peut aussi être le levier puissant d'une réadaptation à la vie en santé ! (Réd.)*

Au bout du couloir, une ménagère vous accueille en souriant. Elle enregistre votre nom et vous confie à Suzanne, Cathy ou Lorraine. En l'attendant, vous pouvez regarder la télévision, boire du jus de fruit, du lait ou du café léger, feuilleter des illustrés ou lire les murs qui ont « pris la parole » (en français et en anglais) pour vous dissuader de trop consommer de médicaments, vous rappeler qu'un bon logement, un travail agréable, sont les gages indispensables d'une bonne santé... Les

médecins dans le choix des moyens. Mais cette attitude a un corollaire obligé : si l'on veut conserver la « liberté » actuelle des médecins, l'organisation et la pratique actuelles, on aboutira à une limitation généralisée : limitation des étudiants formés par la sélection, limitation par les coûts du recours à certains traitements coûteux. Les budgets publics essoufflés transféreront peu à peu certaines dépenses sur les épaules des patients. A moins que l'on ne se décide à utiliser le problème économique pour revoir toute l'organisation médicale. A défaut de quoi, l'issue paraît inévitable : on en viendra tôt ou tard à n'appliquer certains traitements qu'à ceux qui en ont les moyens.

enfants ont leur coin: une maison et des jouets robustes. Pas de luxe tapageur, pas de froideur administrative, on est chez soi au centre de santé communautaire de la pointe Saint-Charles, à Montréal.

Mais voici qu'arrive une jeune femme en pantalon et pull clair: « Bonjour, je suis infirmière, je m'appelle Suzanne, êtes-vous Madame X ? » qui vous entraîne dans son bureau. Elle vous interroge, vous examine, et vous lui parlez de vos conditions de vie, de votre alimentation, de vos problèmes... Si vous souffrez d'une maladie banale, Suzanne vous donnera les médicaments dont vous avez besoin. Sinon, François, Pierre, Don ou Murray (traduisez, l'un des médecins généralistes) vous examinera. Peut-être vous faudra-t-il traverser le couloir et rencontrer le psychologue, l'éducateur, l'assistante sociale ou la diététicienne; ou bien, il vous faudra revenir un soir pour consulter les pédiatres, les psychiatres, le dentiste, ou... l'avocat. Ils sont là pour cela. Demain, une travailleuse communautaire, votre voisine peut-être, viendra vous voir chez vous, et Cathy, Lorraine ou Diane vous délivreront des soins à domicile.

A la pointe Saint-Charles, ce sont les citoyens qui ont créé le centre de santé en 1968. Auparavant, la Pointe était presque totalement dépourvue de

soins médicaux (deux médecins pour 23 000 habitants). Les gens du quartier n'avaient pour toute ressource que la longue attente dans des consultations hospitalières éloignées. Il n'y avait pas de sécurité sociale au Québec, et le quartier était trop pauvre pour que des médecins s'y installent avec profit. Alors, des étudiants et des citoyens se sont unis pour créer un centre de santé au service de la collectivité. Un centre où tous les soins (médicaux et dentaires) et les médicaments sont gratuits. Usagers, les habitants trouvent naturel de le diriger et d'y participer. (...)

Avec beaucoup d'efforts, de temps, d'énergie et d'activité bénévole, les citoyens de la pointe Saint-Charles ont bâti et continuent de bâtir leur centre. A leurs côtés, des « professionnels » motivés, qui acceptent d'être payés moins pour investir plus dans la collectivité. Les rémunérations des médecins sont réunies en une masse commune qui permet d'acheter les médicaments, de verser un salaire au personnel (dont ces médecins) et de financer les initiatives des citoyens. Par exemple: un « comité des médicaments » informe la population sur le problème des médicaments et essaie d'en faire baisser les prix. Un comité « Action-Boulevard » lutte contre un projet de voie à grande circulation qui traverserait le quartier des écoles et aggraverait la pollution atmosphérique et sonore (...)

La base de l'expérience ? « Un centre populaire doit considérer la médecine comme un des aspects de la santé, important certes, mais pas nécessairement plus que les autres. Le médecin est membre d'une équipe où tous ont un rôle à jouer. Le centre doit donc pratiquer une médecine préventive dont le programme ne sera pas uniquement basé sur les vaccinations, mais sera d'abord et avant tout l'organisation d'une action collective contre les mauvaises conditions de logement, de travail, les problèmes de l'environnement et de l'éducation. Un centre communautaire, ce n'est pas uniquement un lieu où sont distribués des soins, mais aussi la base d'une action collective dans le quartier. »