

**Zeitschrift:** Domaine public  
**Herausgeber:** Domaine public  
**Band:** - (1976)  
**Heft:** 381

**Artikel:** Politique de la santé : faire des projets  
**Autor:** [s.n.]  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1023935>

#### **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:** 29.01.2026

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

# Politique de la santé: faire des projets

Augmentation constante des coûts hospitaliers honoraires des médecins en progression continue, prix des médicaments en hausse permanente, recours de plus en plus fréquent au corps médical, les assurances — du moins certaines d'entre elles — ne manquent pas d'arguments pour justifier des hausses de primes jugées inévitables en l'état actuel de leurs budgets. Bref, on voit mal que leur argumentation puisse être battue en brèche par les spécialistes de l'Office fédéral des assurances sociales qui ont leur mot à dire en la circonstance. En matière de politique de la santé, tout se tient... et les assurances n'ont pas de mal à démontrer que, mal placées à la fin de la chaîne, elles ne font en somme que traduire en clair un renchérissement qui a été le fait de tous les intermédiaires avant elles.

Et le raisonnement peut se répéter à l'infini... L'autre jour, les directeurs d'hôpitaux suisses, qui tenaient congrès à Davos, ont eux aussi remonté la chaîne des responsabilités, mettant l'accent, au-delà des problèmes de rationalisation et de normalisation dans la construction et la gestion des établissements hospitaliers, sur les équivoques provoquées par la position des médecins dans les hôpitaux (interférences dans la gestion scientifique, etc.).

## Chiffres révélateurs

En fait, il faut admettre que l'absence d'une véritable politique de la santé dans notre pays permet une multiplication des échappatoires, favorise une dilution des responsabilités. Au point que c'est à peine si la découverte des limites financières dans ce secteur, limites pourtant de plus en plus évidentes, mises en lumière par la récession, stimule l'examen réaliste du fonctionnement de notre système. Les chiffres sont pourtant de plus en plus précis; la progression des dépenses médico-hospitalières par exemple est déjà révélatrice; faut-il

la mettre en lumière une nouvelle fois (en francs constants 1970)<sup>1</sup> :

- en 1950, 1 milliard, soit 3 % du PNB,
- en 1960, 1,7 milliards, soit 3,5 % du PNB
- en 1965, 2,7 milliards, soit 4 % du PNB
- en 1970, 4,4 milliards, soit 5 % du PNB
- en 1974, 7 milliards, soit 7 % du PNB.

Cette progression à elle seule impose un choix politique d'ensemble, tant il est vrai que « l'on imagine difficilement des limites objectives aux prestations en question ». Seule une hiérarchie

*La Suisse comptait au milieu de l'année dernière 163 médecins installés (y compris les médecins d'hôpital ayant leur cabinet privé) de plus qu'en 1974. Cette légère augmentation absolue, liée à la diminution du taux de croissance démographique laisse la proportion de médecins dans notre pays à 9,7 pour 10 000 habitants contre 9,5 l'année précédente. La statistique globale ne saurait pourtant faire oublier des disparités régionales manifestes : la plus forte densité de médecins est évidemment enregistrée dans les plus grandes agglomérations de Suisse. Bâle-Ville vient en tête avec 15,9 médecins pour 10 000 habitants; suivent Genève avec 15,3, Vaud avec 12,3 et Zurich avec 11,2; la plupart des autres cantons n'atteignent pas la proportion de 10... Des quatre cantons qui ont une densité inférieure à 6 (Uri, Schwyz, Nidwald, Appenzell Rhodes Intérieures), c'est Nidwald qui vient en dernière position avec 5,5.*

des valeurs clairement établie permettra de redonner un sens à des hausses de primes d'assurance, si l'on se tient à cet exemple : la santé qui coûte cher est aujourd'hui encore un slogan dépourvu de tout contenu mobilisateur. Le moteur du changement : une définition des priorités, qui permettra de dire si oui ou non la santé coûte trop cher par rapport à ce qu'elle offre.

Et là c'est la réflexion sur le développement de la médecine qui est en cause : le système en vigueur

paraît intangible aussi parce qu'il ne lui est opposé aucune alternative suffisamment développée. En égard pourtant à l'urgence d'une mutation profonde de notre organisation de santé c'est dans la pratique et dans l'expérimentation (en concurrence) qu'il faudra trancher, par exemple dans le secteur hospitalier entre<sup>1</sup> :

- une forme nationalisée, « où l'Etat décide de l'implantation des centres de santé, les équipe, détermine le cahier des charges, engage le personnel du groupe, lui verse un salaire »;
- une forme mixte, semi-publique, semi-privée, à but non lucratif; « l'Etat finance partiellement ou totalement l'implantation d'équipes aux endroits où la nécessité se fait sentir »;
- une forme privée; « un contrat est passé entre un groupe désirant s'installer dans une région, un quartier, et une assurance; cette dernière alloue au groupe, et pour une période donnée, une somme globale forfaitaire — au prorata du nombre d'usagers inscrits — et de son côté le groupe s'engage à dispenser les soins nécessaires »;
- une forme coopérative; « un organisme unique centralise les cotisations et autres apports financiers; il s'occupe de redistribuer les fonds aux unités des différents niveaux du système de santé (hôpitaux universitaires, hôpitaux de diverses catégories, centres de santé et leurs usagers); en accord avec les unités qui lui sont proches (thérapeutiquement et géographiquement), chaque unité se charge de déterminer ses objectifs et de gérer elle-même ses moyens financiers et matériels, de procéder au contrôle et évaluation des actes et des services ».

## Inventaire et expérimentation

L'éventail des possibilités d'organisation est large. Un inventaire détaillé, une expérimentation la plus poussée possible des solutions envisageables doivent nous permettre de changer de cap.

<sup>1</sup> Cf. « Démographie médicale en Suisse ». Office de statistique de l'Etat de Vaud. Mars 1976.