

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1978)
Heft: 436

Artikel: À l'époque de la santé-marchandise
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1026951>

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: 07.01.2026

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

A l'époque de la santé-marchandise

Nul n'en doute : la santé publique, son organisation et surtout son financement, seront aux premières lignes des préoccupations pour l'année qui s'ouvre. Une fois de plus. En définitive, 1977 n'aura pas apporté grands éclaircissements sur ce sujet important entre tous, après le « couac » retentissant de la commission d'experts chargés de la revision partielle de l'assurance maladie, dont le projet est critiqué de toutes parts (voyez encore, ces jours derniers, la publication des « expresses réserves » de l'Union syndicale suisse). Mais au moins aura-t-on noté, au cours des mois passés, une sensibilisation de plus en plus marquée de l'opinion à ce problème ardu.

Il n'est pas étonnant que les véritables choix, en ce domaine plus qu'ailleurs encore, s'avèrent délicats et difficiles. On sort à peine d'une longue période où les tabous engluaient la réflexion et masquaient les enjeux, financiers et autres. Aujourd'hui, si la Suisse a certes atteint un niveau de santé élevé et dispose d'un réseau convenable de distribution de soins, il apparaît, sous la pression surtout de contingences économiques, qu'une action sur l'organisation du système, fonction d'objectifs clairement définis et d'une vue d'ensemble cohérente, est indispensable. Et encore, l'unanimité ne se fait-elle que difficilement sur ce diagnostic ! En fait, la santé publique est prise dans des filières coûteuses et gaspilleuses, qui engendrent des modes de consommation en les transformant en buts. Cercle vicieux ! Voir par exemple la coexistence douteuse des intérêts médicaux et des intérêts financiers...

Bref, le plus généralement, on postule l'« autolimitation des soins de santé ». Mais le système, bien soutenu par un engouement populaire compréhensible, s'autoalimente, par ses contradictions même. On réclame des économies... las ! le mécanisme, tel qu'il est monté, génère des dépenses. A cela s'ajoute que, sortant d'une longue période

d'obscurantisme, on n'a pas encore appris, si grand était le prestige médical, à revendiquer la qualité des soins, à travers leur quantité. Le consommateur, ici, n'a pas encore franchi le pas qu'il est en train de négocier — au prix de quelles hésitations ! — dans d'autres secteurs.

L'établissement des urgences et des priorités, des déplacements de centres de frais aptes à promouvoir des améliorations des services à la population, la fixation des étapes de la réalisation à moyen et à long terme, en bref l'élaboration d'une politique de santé requiert une certaine connaissance des faits et des interdépendances. Au fil de l'actualité, des propositions vont se faire jour, des polémiques prendre corps. Au risque de nous répéter (voir notamment DP 426 et 427, à quoi ces lignes font suite) et pour permettre au lecteur de se faire une opinion tout au long des débats, fixons quelques points de repères, qui éclairciront les positions en présence !

I. DÉPENSES : PLEINS FEUX SUR LES HOPITAUX

Il n'est pas possible en Suisse de connaître exactement l'ensemble de dépenses affectées à la santé ; on peut procéder à une estimation englobant les dépenses d'exploitation et de construction hospitalières, les honoraires des libres praticiens et les produits pharmaceutiques (les frais de dentisterie et les prestations sociales en cas de maladie ne sont pas comprises). Les dépenses, en vingt-cinq ans, 1950 à 1975, ont passé de 1,3 à 9,7 milliards (valeur monétaire de 1970), soit un facteur de multiplication de 7,5 ; par rapport au produit de la nation¹ la part des dépenses de santé, dans le sens défini ci-dessus, a passé de 3 % en 1950 à 4 % en 1965, puis à 5 % en 1970 et 7 % en 1975, soit une spirale ascendante croissante dès 1965.

¹ Une référence unique au PNB reste pourtant arbitraire ! Celui-ci ne mesure que ce qui est réductible en argent et il additionne le positif comme le négatif. Ainsi un accident de voitures : la réparation des dégâts aux véhicules et les soins aux blessés augmentent de concert le PNB...

Il est à noter que, quel que soit le système socio-politique en vigueur, que l'on regarde à l'est ou à l'ouest, la tendance est la même : dans tous les pays, la part des dépenses sanitaires au PNB augmente quand le niveau matériel de vie s'élève. Cela dit, il s'agit de ne pas considérer uniquement le secteur médical et hospitalier en termes de dépenses : on est en présence d'une composante du produit de la nation, contribuant de ce fait à la croissance économique.

Par catégorie de coûts, en 1975, les frais d'exploitation hospitalière représentent 38 % et les constructions hospitalières 7 %, soit 45 % pour les hôpitaux ; la part des médecins praticiens : 21,5 % ; celle des médecins dentistes : 9,5 % ; les produits pharmaceutiques, entre diverses provenances, représentent environ 10 % de l'ensemble, les facultés de médecine dépassent 5 % ... et les soins à domicile ne forment qu'un pour cent des dépenses !

C'est l'« hospitalo-centrisme » tant dénoncé ! Cependant — et l'on semble peu s'en apercevoir — le relais est en passe d'être pris par la médecine privée. Le nombre des médecins praticiens va augmenter rapidement entre 1970 et 1990 (on passera d'environ 9000 médecins en 1970 à 20 000-27 000 vraisemblablement en 2000, soit le passage d'une densité d'un médecin pour 700 habitants à un médecin pour 240 à 325 habitants en trente ans). Si les médecins continuent à s'installer de façon isolée, on risque alors d'assister à une dispersion désordonnée d'équipements onéreux, qu'il faudra bien amortir (et qui pourraient même être rentabilisés !), ainsi qu'à une multiplication des actes médicaux ; d'où un accroissement considérable et irrationnel des coûts.

II. QUI PAIE QUOI

Selon les études les plus fouillées, sur près de 10 milliards de dépenses en 1975, les pouvoirs publics, respectivement les contribuables, ont fourni une contribution supérieure aux deux cinquièmes (4,2 milliards). Les contributions des ménages, des salariés et des employeurs sont

d'environ trois cinquièmes (6,7 milliards); de cette part-ci, les assurances sociales assument environ la moitié (3,4 milliards), à laquelle il faut ajouter près d'un milliard de subventions (redistribuées); les personnes qui paient elles-mêmes (dont les frais de dentistes) et les assurances privées assument l'autre moitié.

En 1975, au total des institutions en présence, les caisses maladie équilibraient approximativement leurs recettes et leurs dépenses, soit plus de 4 milliards. Mais les compagnies privées, par le jeu du choix des « risques » encaissaient sous la rubrique « assurance maladie et assurance accidents » (y compris les indemnités journalières) plus de 1 300 millions, toujours en 1975, tandis qu'elles déboursaient 700 millions. Différence : 600 millions. Il faut tenir compte, certes des réserves ! Mais réaliser des gains sur la maladie et l'accident (comme sur la mort d'ailleurs) n'est pas forcément un signe de santé d'une entreprise. Et quand on sait quelles sont les amputations budgétaires et les diminutions de subventions aux caisses maladies, ce bilan choquant donne à réfléchir. A tous égards, la concurrence dans le domaine de la santé conduit à une surenchère (l'offre conditionne la demande... et la demande a des aspects passionnels).

III. INÉGALITÉS INSUPPORTABLES

Quant au développement du secteur médico-hospitalier, la Suisse figure, dans les comparaisons internationales, en bonne place. Mais à y regarder de plus près, les disparités restent patentées entre les cantons, et plus généralement entre les régions, ou entre ville et campagne. « Grosso modo », le classement des cantons voit en tête les cantons riches, urbains, à activités tertiaires dominantes et qui disposent d'un hôpital universitaire; on constate même des différences entre les taux comparés de mortalité. Ainsi le citoyen suisse, selon son appartenance cantonale, dépend pour une part, pour sa santé et sa vie, de l'appareil médico-social et hospitalier à disposition.

Ce seul constat — et encore serait-il plus net si l'appareil statistique à disposition était plus fin — imposerait une modification de notre système de santé. Car les inégalités cernées sont directement fonction des options « libérales » en vigueur jusqu'ici dans l'organisation de la médecine (un corollaire : plus l'« offre » en équipements, en médecins et en personnels est élevée, et plus la demande de la population — en l'espèce, la population déjà favorisée — croît).

Schématiquement, plusieurs voies sont possibles (ce résumé, pour faciliter la lecture des prises de positions) :

— Freiner, voire limiter les prestations médico-sociales; cette action malthusienne, très forte actuellement, a déjà suscité beaucoup d'émotion; elle conduit à culpabiliser les malades; elle masque les véritables lacunes du système.

— Mieux gérer les services actuels de santé; des économies substantielles sont effectivement possibles, sans dommages pour les malades dans certains secteurs. Mais la gestion n'est qu'un moyen; or il s'agit d'agir sur les structures.

— Réorganiser et adapter les modes de dispensation des soins, en informant la population et en l'associant aux options. C'est la voie qui paraît la plus adéquate. A côté des prestations curatives, l'objectif du système de santé doit devenir le maintien d'un bon état de santé de la population. Mais au sens large, car la prévention chez certains prend une résonance incantatoire, comme si elle pouvait remplacer toutes les actions actuelles (en outre elle est par trop considérée dans l'optique médicale; dans ces colonnes, nous avons plaidé pour la mise sur pied de « groupes de premier recours », équipes médico-sociales, réunissant des compétences médicales, para-médicales et sociales).

IV. NE PAS CONFONDRE MÉDECINE ET SANTÉ

On confond souvent médecine et santé. Or la médecine, dont les progrès sont bienvenus, n'est cependant qu'un des moyens au service de la

santé de la population. Jusqu'ici, on a privilégié de manière systématique les services curatifs, c'est-à-dire une action « en aval » sur les symptômes.

Désormais, les améliorations et les progrès en matière de santé requièrent des interventions « en amont » c'est-à-dire une action sur les causes afin d'éviter la survenance des risques. On se gardera ainsi de déplacer seulement les coûts en développant simplement l'institution médicale dans des domaines encore peu défrichés. Le but essentiel : un déplacement relatif des centres de dépenses. Les contraintes économiques pourraient être un des leviers de changement dans ce sens !

Une telle option suppose de favoriser essentiellement les investissements (pas seulement monétaires) hors du secteur strictement médical, investissements destinés à diminuer les nuisances, le bruit et les pollutions, à améliorer les conditions de travail, l'urbanisme et la sécurité routière, à favoriser l'hygiène, les sports, l'éducation alimentaire et sanitaire, l'intégration réelle des personnes âgées dans notre société, par exemple.

Cela suppose, en fait, d'imaginer un « scénario » bâti sur les quatre axes suivants :

— Economies. Les contraintes budgétaires imposent une révision, certes graduelle, mais fondamentale du système de santé publique.

— Prévention. Le système de santé doit être recentré sur le maintien d'un bon état de santé de la population, ce qui conditionne la perspective de la médecine curative et la distribution des soins et des services.

— Promotion culturelle. Le système répond à une politique de l'emploi et de l'éducation.

— Autonomie de l'individu. Cet axe est essentiel, face à une médecine parfois infantilisante et à un corps professionnel qui est tenté de se réserver le diagnostic de la situation et d'imposer ses propres recettes normatives; cela suppose, en corollaire, la responsabilité de la personne et sa participation.