Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1980)
Heft: 558

Rubrik: Santé

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: 11.12.2025

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

SANTÉ

Soins à domicile: urgents depuis vingt ans

Mettrez-vous le doigt sur l'importance des dépenses dites de «santé»? Vous ne rencontrerez partout que hochements de tête affirmatifs et propos angoissés sur l'impuissance générale à maîtriser ce problème. Dans un certain sens, cette inquiétude largement ressentie est un progrès: il y a seulement dix ans, les craintes des spécialistes qui voyaient s'amorcer la spirale des coûts ne soulevaient pratiquement aucun écho dans l'opinion. Il n'est pas certain pourtant que l'heure soit à un profond accord pour un véritable changement de cap dans ce secteur critique de la politique sociale: l'inquiétude s'évapore lorsque des cas concrets viennent à être discutés, on n'imagine guère les limites à poser au pouvoir médical, la santé n'a toujours pas de prix si les souffrances d'un proche sont en jeu. Pourquoi en serait-il autrement, du reste? L'ennui, c'est que cette ambiguïté largement présente en chacun de nous, malade ou futur malade, nourrit l'immobilisme des structures des soins, la conservation des privilèges attachés à un secteur professionnel réputé intouchable, une gestion irrationnelle des fonds publics à bien des égards.
C'est patent, ce climat contradictoire freine la mise en œuvre des réformes les plus élémentaires, celles dont on se gargarise depuis des années sans que les réalisations pratiques répondent vraiment aux professions de foi, toutes, bien sûr, plus flamboyantes et bien intentionnées, plus officielles les unes que les autres.

1% DES DÉPENSES

Pour aujourd'hui, un seul exemple. Dans quels termes n'a-t-on pas vanté, et cela ne date pas d'hier, les soins à domicile?
Or, mis à part quelques expériences systématiques dignes du plus grand intérêt (cf. page suivante, le Centre lausannois des soins à domicile), la priorité absolue est portée sur le développement hospitalier. Une petite comparaison chiffrée donnera une idée de la politique suivie jusqu'ici: selon les spécialistes Gygi et Henny, les services d'aide et de soins à domicile représentent 1% du total des dépenses de santé en Suisse alors que 7% des fonds sont consacrés à la construction hospitalière...
Un tel constat impose de reprendre rapidement la réflexion à la base. Aujourd'hui, tous les spécialistes semblent d'accord pour admettre des mérites précis à ces fameux soins à domicile. Récapitulons-les brièvement pour garder à l'esprit l'importance de l'enjeu:

VERS L'HUMANISATION...

c'est la garantie d'une humanisation des soins dispensés dans le cadre de vie naturel du malade, réponse à des aspirations qualitatives dans le contact entre soignants et soignés;
c'est le maintien à domicile de personnes handicapées, et plus particulièrement des gens âgés, réponse à l'isolement des générations;
c'est la continuité des soins (entourage, médecin, services collaborants);
c'est souvent la proximité des parents ou des proches;
c'est une souplesse accrue des interventions socio-médicales;
c'est l'occasion du développement de l'aide bénévole solidaire et des relations de voisinage.
Et comme si cela ne suffisait pas, l'essor des soins à domicile favoriserait, à n'en pas douter, une diminution des investissements affectés aux établissements hospitaliers.

Revenons ici au Centre lausannois des soins à domicile et à quelques calculs avancés tout récemment par Pierre Gilliand sur l'activité de cette institution. Le diagnostic global: «En évitant, différant ou raccourcissant des séjours hospitaliers et des placements de malades en institution, ce centre économise l'occupation d'environ 150 lits, généralement pour des cas «lourds».
Et puisqu'il faut bien parler «gros sous», voici de quelle façon on parvient à la conclusion que les soins à domicile «sont au moins deux fois moins cher que l'institutionnalisation correspondante»: «(...) La construction de 150 lits d'établissements médico-sociaux coûte, actuellement, environ 22 millions. Les dépenses d'exploitation annuelles, au prix journalier d'environ 85 à 90 francs, représentent environ 4,5 millions; il faut ajouter à cette somme le service de la dette (intérêts des emprunts et amortissement), soit environ 1,5 million, compris dans les comptes des pouvoirs publics (subventions), soit un total d'environ 6 millions. Le fonctionnement du Centre lausannois des soins à domicile a, lui, nécessité 1,7 millions en 1979. Certes, pour établir une comparaison valable, il faut ajouter à cela les honoraires des médecins traitant les malades, les prestations des services collaborant. Mais le centre n'a pas seulement évité des hospitalisations; il a fourni maintes autres prestations ambulatoires...»
Ce constat sera encore affiné. Il semble pourtant d'ores et déjà que la démonstration sera confirmée dans le détail: quand les malades veulent et peuvent rester à domicile, grâce à la collaboration de l'entourage et d'autres services, les soins à domicile, outre leurs qualités humaines reconnues, ont des avantages évidents sur le plan de la gestion de la santé.

DES ARGUMENTS FLUCTUANTS

Qu'on s'entende bien: il ne s'agit pas de rayer les hôpitaux de la carte! Seule une certaine population de malades — elle ira en croissant, avec l'augmentation de l'espérance de vie — est concernée par les soins à domicile.
Cela dit, les obstacles demeurent. Et tout d'abord cet immobilisme traditionnel, garant de la préservation des privilèges. Puis, l'augmentation prévue de la densité médicale. Mais aussi toute une argumentation qui se développe dans la foulée de

l'«hospitalo-centrisme»[1] ambiant: dans les années soixante, ce sont les milieux hospitaliers eux-mêmes qui plaidaient pour les soins à domicile, stigmatisant «l'encombrement des lits par des malades les occupant abusivement», dénonçant l'occupation inadéquate d'équipements coûteux; aujourd'hui, dans ces mêmes milieux, on entend l'argumentation inverse: les lits existant, il s'agit de les rentabiliser!

POUR UN CHANGEMENT DE CAP

En définitive, ces fluctuations pénibles des spécialistes prouvent une chose: ce n'est pas d'un replâtrage dont la politique de la santé a besoin, mais d'une modification profonde des perspectives.
Le replâtrage, ce serait conserver les distorsions existantes, et, pour ne fâcher personne, procéder à des mesures linéaires: pour dégager les fonds indispensables à la mise sur pied des soins à domicile, sacrifier également à la politique hospitalière des millions supplémentaires. En tout état de cause, c'est ce qui se passera si on poursuit sur la lancée actuelle.
Un changement de cap, c'est procéder à une allocation différente des ressources disponibles: pas de coûts qui s'additionnent, mais une adaptation progressive des structures. Ainsi, si on postule — c'est un minimum que nous proposons — que la part des dépenses pour les soins à domicile, après planification, s'élèvera de 1 à 3% d'ici cinq à dix ans, de 5% d'ici dix, au plus tard quinze ans, c'est qu'on aura parallèlement prévu une forte régression des investissements de construction hospitalière et, souligne encore Pierre Gilliand, «une diminution ou une conversion, notamment pour les besoins gériatriques, du nombre de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques (cette dimension-lits conditionne directement l'ampleur des services techniques)».

[1] DP 515 (27.9.1979): nous donnions-là les chiffres qui permettent d'apprécier l'explosion des dépenses d'exploitation des hôpitaux suisses.

QUARANTE PERSONNES ET 46 000 VISITES

Par exemple: le Centre lausannois des soins à domicile (Clsad). Créé il y a maintenant six ans, il emploie près de quarante personnes, avant tout des infirmières diplômées de santé publique.
Une carte de visite impressionnante: en 1979, ces infirmières ont fait 46 000 visites de malades, signalés par leurs médecins ou par des établissements hospitaliers. Des traitements occasionnels ou des visites régulières (hospitalisation à domicile): en tout, pour une année, c'est une population de 1500 malades qui a recours aux multiples services du centre (soutien de la Commune de Lausanne).
Parmi les personnes ainsi visitées, deux fois plus de femmes que d'hommes, les deux cinquièmes des malades ont plus de 80 ans (âge moyen: 77 ans); toutes les classes sociales, mais une majeure partie de faibles revenus.
L'aide apportée est bien sûr infiniment diverse, allant des soins d'hygiène à un soutien technique et moral, en passant par l'irremplaçable activité de nature psycho-sociale, entretiens avec les malades et leur entourage, par exemple.
Sans entrer dans plus de détails ici, on peut légitimement admettre que le travail d'une institution[1] comme ce centre préfigure tout un pan de l'organisation des soins telle que l'imposera la pression démographique, d'ici à la fin de ce siècle: la classe des 60 ans et davantage, 16% de la population suisse en 1970, sera de plus en plus nombreuse, jusqu'à 22% en l'an 2000.

[1] On ausculte actuellement le Clsad dans les détails: l'étude a été amorcée sous l'égide de la section lausannoise de la SVRSM, puis prise en charge par le FNRS.

DES ÉCONOMIES MAIS PAS N'IMPORTE LESQUELLES

Dans notre pays, les dépenses de santé, essentiellement consenties pour réparer la «santé dégradée», ont passé de 3 à 5% du produit national brut de 1950 à 1970. On admettra ce chiffre comme un ordre de grandeur: on connaît l'ambiguïté des estimations liées au PNB... On sait en tout cas que la croissance dans ce secteur «privilégié» n'est pas compromise à court ou moyen terme: on était déjà à au moins 8% en 1978. Les économies sont donc à l'ordre du jour; mais sont-elles consenties de façon adéquate? C'est la question qui se pose et c'est pourquoi nous mettons l'accent ici sur l'importance des soins à domicile. Car le problème est beaucoup trop complexe pour que soit appliqué le célèbre système des coupes sombres linéaires.

Bref, il est utile d'avoir à l'esprit la répartition des dépenses de santé dans le domaine des soins médicaux et suivant les «fournisseurs». Total environ 10 milliards en 1975 (ventilation d'après Gygi et Henny, «Le système de santé», Hans Huber Verlag 1977):

	%	%	%
Exploitation hospitalière	38	45	50
Construction hospitalière	7		
Formation	5	5	
Médecins praticiens	21½	31	32
Médecins dentistes	9½		
Chiropr. phy. labor.	1	1	
Produits pharmaceutiques	10	10	10
Divers	3	3	3
Soins à domicile	1	1	1
Pouvoirs publics	4	4	4
	100	100	100