

Les données sociales de la politique de la santé publique en Suisse

Autor(en): **Gaudard, Gaston**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse**

Band (Jahr): **81 (1972)**

Heft 7

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-549272>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les données sociales de la politique de la santé publique en Suisse

Gaston Gaudard
Professeur à la Faculté de Droit
et des Sciences économiques de
l'Université de Fribourg

Vraiment, la santé publique est promue aujourd'hui au rang des préoccupations essentielles de l'Etat moderne. Dans plusieurs nations, une politique sanitaire générale voit le jour. Certes, une médecine nationalisée n'est guère souhaitable. Mais, même aux Etats-Unis, le Gouvernement fédéral est maintenant invité à assumer un rôle permanent dans ce secteur ¹.

Pour la Suisse, la politique de la santé publique est évidemment compliquée par le partage des compétences entre la Confédération et les cantons. Cependant, ce fédéralisme agit aussi comme un facteur d'enrichissement, qui permet l'introduction de solutions différenciées selon les besoins spécifiques des régions. En tous les cas, la répartition des souverainetés n'empêche pas de s'interroger sur deux points importants: les tâches et les charges sociales de la politique de la santé publique dans la Confédération.

Les tâches sociales de la politique de la santé publique

Dans les grandes lignes, les tâches sociales de la politique de la santé publique ressortissent à trois ordres principaux: la formation, l'équipement et la prévoyance.

La formation doit logiquement venir en tête. L'accroissement des possibilités techniques de guérison est vain, si les agents nécessaires à leur mise en œuvre font défaut ². Or, l'évolution suisse récente n'est guère rassurante. Les médecins praticiens n'étaient plus que 8,8 pour 10 000 habitants en 1970, contre 10,4 en 1960 et leur répartition sur le territoire montrait de réels déséquilibres ³. En outre, en 1970, on n'a recensé que 3307 élèves dans les trente-huit écoles d'infirmières et d'infirmiers en soins généraux reconnues par la Croix-Rouge, au lieu de 3357 en 1969. Bien sûr, dans ces établissements, de 1961 à 1970, la proportion des personnes en formation relativement à la population résidante du pays a passé de 4,2 à 5,3 pour 10 000 habitants et le nombre des diplômes délivrés de 649 à 993 ⁴. Par ailleurs, il existe maintenant onze écoles en hygiène maternelle et pédiatrie, dix-neuf écoles en soins psychiatriques, vingt-et-une écoles d'infirmières-assistantes, douze écoles de laborantines médicales et une école de laboristes. Toutefois, en général, la durée moyenne d'activité dans la pratique a diminué, en sorte que l'effectif en fonction demeure assez stable. Ces données sont inquiétantes, eu égard à l'augmentation et au vieillissement de la population, à la réduction de la semaine de travail et à la technicité croissante des soins. Pour relever le défi, des investissements ne sauraient suffire. Par exemple, malgré 35 places supplémentaires relativement à 1969, les écoles

d'infirmières et d'infirmiers en soins généraux ont enregistré 306 postes inoccupés en 1970 ⁵.

Il faut, dans toutes les acceptions du terme, une revalorisation du statut professionnel paramédical, le souci constant d'un climat de travail tonique et, tout en sauvegardant les aspects humains qui sont primordiaux, une rationalisation des traitements. Au sein des équipes, dont le rôle est devenu si important dans les soins modernes, le sentiment de la complémentarité de tous les agents est à développer. L'équipement pour la santé publique confronte aussi les sociétés actuelles à de lourdes responsabilités. Une estimation suisse récente ⁶ précise que, par 10 000 habitants, il convient de disposer de 62 lits d'hôpital pour soins généraux, de 22 lits pour malades chroniques et en gériatrie, et de 30 lits en clinique psychiatrique. Une spécialisation entre les hôpitaux doit en outre s'affirmer, afin de s'assurer le concours des techniques les plus modernes, mais d'éviter aussi une sous-utilisation des installations les plus onéreuses. Dans certains cas, une hospitalisation plus brève serait de nature à décharger les établissements; néanmoins, cette formule n'est réaliste que si des investissements sont d'abord consentis pour l'organisation de services de soins à domicile. L'équipement concerne par ailleurs la protection de l'environnement, dont la qualité est une condition importante pour le bien-être physiologique et psychique des individus. Il s'agit de dépolluer, autant qu'il est encore possible, les zones surdéveloppées du pays, dans lesquelles une expansion souvent trop anarchique a débouché sur l'encombrement sous toutes ses formes ⁷. Parallèlement, des investissements d'infrastructure dans les régions économiquement en retard permettront d'éviter que l'essor nécessaire n'y dégrade le milieu et inciteront à un désengorgement rationnel des grands centres ⁸. Enfin, la prévoyance est à concevoir aux deux niveaux sanitaire et économique. Quant au premier, la politique de la santé publique s'en préoccupe déjà à différents titres tels que les vaccinations, les mesures en cas d'épidémies, l'hygiène, les contrôles dentaires scolaires. Toutefois, la prévention des maladies et l'éducation à la santé mériteraient encore une expansion, voire une généralisation dans tout l'espace national. Une information objective est d'autant plus opportune que le haut niveau de vie helvétique peut prédisposer aux maladies de l'abondance et que la publicité moderne ne s'ordonne pas toujours en fonction de la santé des consommateurs. En ce qui regarde le côté économique de la prévoyance, il a commencé il y a longtemps déjà puisque en Suisse comme à l'étranger, l'assurance-maladie est l'un des domaines les plus anciens de la sécurité sociale ⁹. Pourtant, même si la couverture d'autres risques que la simple maladie est devenue courante et même si

A notre temps, une vaste mutation se manifeste dans de nombreux pays quant à l'attitude des pouvoirs publics face au problème de la santé publique. En Suisse, ce changement revêt un aspect double:

- d'une part, des dispositions en vigueur jusqu'alors pour une partie seulement de la population tendent à devenir obligatoires pour l'ensemble des habitants;
- d'autre part, les réglementations établies jadis en ordre dispersé sont progressivement regroupées dans le cadre d'une conception globale.

l'on veut maintenir l'Etat dans un rôle d'assureur subsidiaire¹⁰, quelques pas demeurent à effectuer, par exemple dans le sens de l'assurance obligatoire.

Ainsi, les tâches sociales de la politique de la santé publique peuvent être rangées pour la plupart dans les trois catégories de la formation, de l'équipement et de la prévoyance. Est-il besoin de préciser en outre que ces différents secteurs réclament une coordination qui garantisse leur essor équilibré.

Les charges sociales de la politique de la santé publique

Les charges de la politique de la santé publique sont déterminées d'abord par les coûts des tâches à entreprendre. Il faut constater ensuite que, de plus en plus, ces dépenses se reportent sur les collectivités publiques. Enfin, les sociétés sont placées aujourd'hui face à des choix souvent dramatiques, qui touchent au prix de la vie humaine elle-même.

L'augmentation des coûts n'est certes pas propre au domaine de la santé. Mais, son incidence est beaucoup plus sensible dans ce secteur, parce que plusieurs causes conjuguent leurs effets. A l'inflation qui a réduit le franc suisse de 1972 au tiers du pouvoir d'achat de celui de 1939, il convient d'ajouter le passage à des traitements plus complexes et la nécessité de combattre des difficultés nouvelles supplémentaires. Les renseignements les plus répandus se rapportent aux hôpitaux. D'après les prix de 1969, la construction d'une clinique universitaire revenait à quelque Fr. 225 000.– par lit tandis que celle d'un hôpital ordinaire s'élevait entre Fr. 100 000.– et Fr. 250 000.– par lit selon la grandeur de l'établissement. Le coût moyen d'une journée de malade était de Fr. 174.– dans la première et de Fr. 133.– dans le second¹¹. Deux stations supplémentaires d'épuration des eaux usées mises en service en 1968 dans la région zurichoise ont représenté une dépense de construction de 74 millions de francs¹². Qui plus est, toutes ces charges évoluent très rapidement. Les prévisions annoncent pour 1980 un coût par journée d'hospitalisation qui sera le double, voire plus, de celui de 1965¹³.

Les collectivités publiques sont amenées à consacrer une part croissante de leurs budgets à la santé publique, ce qui constitue du reste une preuve chiffrée du développement de l'interventionnisme en cette matière. Ainsi, en 1938, 8,4 % des dépenses des cantons étaient affectées à l'hygiène publique; cette part a passé à 10 % en 1953 et à 13 % en 1969. Outre les problèmes sanitaires nouveaux auxquels elles ont dû faire face, les autorités ont été conduites à reprendre des charges que les milieux privés n'étaient plus en mesure de financer. Des institutions nées

de l'initiative privée ont dû être subsidiées. La contribution des pouvoirs publics fédéraux, cantonaux et communaux aux caisses-maladie, qui représentait le 17 % des recettes de ces dernières en 1940, s'est montée à 22 % en 1969¹⁴. Au plan de la protection de l'environnement, l'Etat est contraint de prendre lui-même les problèmes en main. En effet, les producteurs de nuisances ne sont pas toujours ceux qui en sont les principales victimes¹⁵: dès lors, pour un individu ou pour une entreprise, l'intérêt de ne pas polluer peut être négatif, alors que, pour la société, il est évidemment positif. Certes, les coûts sociaux ainsi assumés par les collectivités publiques qui dépolluent devraient être répercutés sur les générateurs de nuisances. Mais un tel impôt, malcommode à calculer est encore fort rare.

La question la plus tragique liée aux charges sociales de la politique de la santé publique n'est rien de moins que celle du prix de la vie humaine, le mot «prix» étant entendu au sens strict de valeur monétaire. Le sujet est choquant et beaucoup jugent plus facile de l'éviter. Pourtant, dans son élaboration, la politique de la santé publique comporte des choix et, en fonction de ces options, des vies humaines sont sauvées ou perdues. Comme un auteur l'a écrit, l'«économiste gagnerait sûrement à s'apercevoir que, dans les décisions qu'il élabore couramment, sont impliquées des valeurs morales, qu'il est trop simple de négliger en les déclarant non chiffrables»¹⁶. Le calcul est par exemple praticable qui démontre la probabilité d'éviter un accident mortel tous les cinq ans, en moyenne, à un virage, si ce tournant est corrigé. Mais la rectification de la chaussée exige parfois une dépense si considérable que les pouvoirs publics – dont les moyens financiers sont limités – doivent y renoncer au profit d'un autre poste du budget. Certes, tout le monde admet que la valeur d'une vie humaine est incommensurable, mais, d'autre part – comme l'a écrit le P. Dubarle – «le jugement n'en met pas moins la vie humaine en balance avec d'autres avantages bel et bien sujets à évaluation»¹⁷. Avec la meilleure bonne volonté, on se retrouve face au même drame lorsqu'on procède aux choix de la politique de la santé publique. Pourtant, la multitude des besoins, confrontée à la relative rareté des ressources disponibles, rend des options inéluctables. La société moderne et planificatrice est donc investie de la plus lourde responsabilité qui soit, celle de la gestion délibérée de la vie des personnes anonymes¹⁸. Elle a le devoir d'en tenir compte dans sa comptabilité sociale, afin d'effectuer les choix les plus «humains» possibles. Ainsi, en sauvant le maximum d'hommes, dont beaucoup ne survivraient pas sans elle, la politique de la santé publique fournira la justification éminente de sa mise en œuvre. Ce profit sera immensément plus grand que tous les autres avantages économiques

qu'elle induira et, de toute façon, il sera supérieur aux charges qu'elle aura entraînées.

La Suisse vit actuellement une nouvelle phase délicate de développement de sa politique de la santé publique. Comme dans toute transformation, il s'agit de passer d'un niveau d'équilibre à un autre niveau d'équilibre. La transition est délicate, parce qu'elle implique le secteur privé et les pouvoirs publics et, pour ces derniers, la Confédération et les cantons. Elle doit s'effectuer dans le calme et avec la coopération de tous. Qui, du médecin, de l'infirmière, du biologiste, du philosophe, du théologien, du juriste, du sociologue, de l'économiste, voire de l'individu le plus simple, oserait prétendre qu'il n'est pas concerné?

¹ Kenneth J. Arrow, «Les problèmes de la répartition des ressources affectées aux soins médicaux aux Etats-Unis», dans la «Revue suisse d'économie politique et statistique» 1972, no 1.

² Cf Pierre Gilliland, «Vieillesse démographique et planification hospitalière», Lausanne, 1969, p. 301.

³ Annuaire statistique suisse, 1971, p. 505.

⁴ Statistiques de la Croix-Rouge.

⁵ Le nombre des places inoccupées a été de 146 dans les écoles en psychiatrie et de 46 dans les écoles en hygiène maternelle et pédiatrie.

⁶ Institut ORL, Zurich, «Vademecum 1972–1973», p. 12.

⁷ Cf Serge Christophe Kolm, «Le service des masses», Paris 1971.

⁸ Gaston Gaudard, «L'encombrement urbain en Suisse», Actes du Colloque de Créteil, Paris, 1971.

⁹ Arnold Saxer, «Die soziale Sicherheit in der Schweiz», Berne, 3e éd. 1970, p. 88.

¹⁰ Flavius Regli, «Soziale Sicherheit», Berne et Stuttgart, 1969, p. 20.

¹¹ Institut ORL, op. cit.

¹² Statistique des villes suisses, 1968, p. 56.

¹³ Pierre Gilliland, op. cit., p. 316.

¹⁴ Annuaire statistique suisse, 1971, p. 319.

¹⁵ Cf Jacques R. Boudeville, «La gestion de l'environnement», Actes du Colloque de Créteil, Paris, 1971.

¹⁶ Gabriel Dessus, «De l'inéluctable mesure des incommensurables», dans la «Revue française de recherche opérationnelle» 1961, no 2.

¹⁷ P. Dubarle, «Le calcul social et la vie des personnes», dans «Signes du Temps», Paris, 1962, No 2.

¹⁸ P. Dubarle, op. cit.

