

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: - (1974)
Heft: 298

Artikel: Après le "Non" populaire à tout changement en matière d'assurance-maladie : le goulet d'étranglement inévitable de la santé : les dépenses hospitalières
Autor: [s.n.]
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1026749>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 12.05.2025

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

Le goulet d'étranglement inévitable de la santé: les dépenses hospitalières

Venant à point pour dramatiser l'enjeu de la votation sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie, une enquête publiée il y a trois semaines par l'Association des hôpitaux suisses faisait le point de la hausse des coûts hospitaliers pendant ces deux dernières décennies. Et, à vrai dire, le bilan était impressionnant :

— Dans les hôpitaux suisses, en 1971, on a compté 19,5 % d'augmentation au chapitre des journées d'hospitalisation, par rapport à 1950.

— Entre 1950 et 1971, les frais des hôpitaux ont passé de 197 millions à 1 milliard 800 millions, soit une augmentation globale de 900 %.

— Ce sont les frais de personnel qui ont subi la plus forte hausse : ils ont passé de 87 millions en 1950 (44,3 % des dépenses totales) à presque 1 milliard 200 millions en 1971 (66 %).

Aujourd'hui, passé le scrutin du week-end dernier, l'évolution des dépenses hospitalières est plus que jamais un sujet de préoccupation. Il faut rappeler, car les chiffres mentionnés ci-dessus ne donnent, malgré leur brutalité, encore qu'une faible idée de l'importance du secteur en question, que depuis 1965 le taux annuel de l'augmentation des dépenses hospitalières est passé au double du rythme d'accroissement du PNB (de 1950 à 1960, les deux taux d'accroissement étaient presque semblables). Les raisons de cette explosion : principalement les progrès techniques et scientifiques de la médecine et l'amélioration qualitative des prestations, qui ont entraîné une densité fortement croissante des personnels hospitaliers (la laïcisation du personnel et la réévaluation des salaires jouent également ici un rôle essentiel).

S'il est vrai que les décisions populaires du dernier week-end vont à coup sûr provoquer à plus ou moins court terme une hausse des montants des cotisations des assurés, il faut admettre

qu'elles imposent également, et de façon plus urgente que jamais, une réorganisation fondamentale du secteur de la santé. Plus question de laisser jouer le jeu de l'économie de marché ! Le resserrement économique met en lumière l'importance de la définition de priorités strictes.

Une des rares synthèses

Là, Pierre Gilliland, directeur de l'Office de statistiques de l'Etat de Vaud, a tenté de faire le point (« Perspectives et incidences des options économiques et sociales en matière d'hospitalisation et de santé publique »). Son diagnostic, que nous suivons plus bas à travers les quelque vingt points discernés, est d'autant plus intéressant, qu'il s'agit d'une des rares tentatives de synthèse prospective dans ce domaine.

Le préambule qui situera la démarche :

« On peut évaluer assez bien les moyens à prévoir dans le court ou le moyen terme, en se fondant sur les techniques et connaissances actuelles. La réflexion dans le long terme ne peut reposer que sur des grands principes d'orientation et d'organisation du système. En effet, l'évaluation à long terme est difficile en raison de l'évolution rapide des techniques et d'innovations dont la portée et la nature nous échappent encore. Il est certain que l'on ne peut plus raisonner en fonction de privilèges acquis, qu'ils soient au niveau de groupes sociaux ou de cantons, voire de pays. Par ailleurs, le principe suivant doit être un axe d'action : il ne s'agit pas d'ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années. Derrière le cliché se profilent des options cruciales. »

Démographie oblige !

A. L'espérance de vie continue de croître. Cependant, les gains de la lutte contre la mort seront

dorénavant plus faibles que ces dernières décennies : espérance de vie à la naissance, sexes réunis, septante-cinq ans d'ici 1990.

La conséquence de la longévité accrue sera un nombre important d'octogénaires et de nonagénaires, voire de centenaires, dont l'état de santé requerra des soins et de l'aide, que les familles pourront rarement dispenser.

B. Le vieillissement démographique, défini comme l'augmentation de la proportion des personnes âgées, est certain. D'ici vingt-cinq ans, la proportion des personnes de plus de soixants ans sera d'un cinquième au moins, un quart dans certains cantons. Elle sera parfois plus élevée que la proportion des moins de vingt ans. De plus, la part de population active, qui déjà se stabilise, va régresser. Ces phénomènes, longtemps méconnus, sont lourds de conséquences économiques et sociales.

Réorganiser l'hospitalisation

Pour l'hospitalisation, il résulte de ces prévisions démographiques ce qui suit (sous la forme, bien sûr, de propositions laconiques qui sont d'abord des chapitres d'une réflexion indispensable) :

1. Les besoins en lits pour malades aigus vont diminuer. D'où une baisse des normes généralement proposées jusqu'ici, tant en soins généraux qu'en psychiatrie. Cette diminution tendra par la suite à se stabiliser, des nouvelles techniques d'interventions accroissant la fréquence des hospitalisations.

En opposition, le vieillissement conduit à une augmentation certaine des lits de gériatrie, même en tenant compte des mesures qui limiteront l'institutionnalisation. Car l'hospitalisation coûteuse n'est plus la seule façon de répondre aux besoins croissants de santé.

2. Le vieillissement modifie profondément la structure de la morbidité en hôpital; d'où une distribution des types de besoins et de soins qui verra la prépondérance des maladies chroniques. Les améliorations des services ambulatoires de

santé retarderont les hospitalisations; souvent elles ne parviendront qu'à les différer; l'hospitalisation aura lieu parfois à un âge plus élevé, et dans un état aggravé.

Diversification et sectorisation

3. La diversification du réseau hospitalier est indispensable. Elle doit correspondre, dans les grandes lignes, au principe de centralisation des services hautement spécialisés, et à une décentralisation des services courants. L'hôpital devient un centre technique de santé; la complexité croissante des interventions conduit à une concentration des moyens.

Pour la gériatrie, on assiste à une diminution des homes de vieillards, voire à leur disparition sous leur forme classique; ceux-ci ne correspondent plus aux possibilités techniques et aux mesures sociales qui ont amélioré le sort de la population âgée. Création de nombreux établissements gériatriques, de petite dimension.

4. L'implantation des hôpitaux sera pensée en fonction d'une sectorisation : couvrir les besoins d'une population donnée pour l'ensemble des soins, avec cependant une hiérarchisation des types de services et d'interventions (classification des hôpitaux).

Cela suppose des dimensions minimales des hôpitaux : la dispersion désordonnée des équipements et des personnels était onéreuse. Toutefois, les grands ensembles hospitaliers ne paraissent vraiment plus être la panacée.

En gériatrie, on assistera à une large décentralisation, au niveau des quartiers ou de groupes de villages.

5. L'hôpital sera un maillon parmi d'autres du système de santé; on y recourra pour les cas grièvement atteints, ou nécessitant des techniques et des équipements coûteux et « lourds », pour des expertises-analyses-examens, pour la réhabilitation, ou alors pour les hospitalisations de longue

durée, parfois définitives de malades chroniques, dont l'état ne peut être suffisamment amélioré pour envisager leur retour à domicile. L'hôpital devient un élément intégré dans un tout; il assure la continuité des soins. L'admission n'intervient que lorsque les autres moyens sont épuisés ou ne suffisent point.

6. Le corollaire de cette conception est la recherche et la mise en place des moyens aptes à éviter l'institutionnalisation, par le développement considérable de la prévention, des para-hôpitaux, tel l'hôpital de jour, des services de soins et d'aide à domicile, des logements spécialement aménagés pour les handicapés, notamment pour les personnes âgées, cela, conjointement à l'augmentation et à une meilleure distribution spatiale et organique des médecins praticiens.

7. L'hôpital devient un centre d'informations, d'échanges, de recyclages et de perfectionnement, en liaison beaucoup plus directe avec les praticiens. Le fossé entre « hospitalier » et « extra-hospitalier » doit, sinon se combler, du moins s'estomper.

8. L'hôpital ne sera plus le lieu unique de formation. Des solutions souples feront leur apparition, par nécessité, en raison de l'accroissement des étudiants et médecins-assistants, des personnels paramédicaux en formation.

9. Les relations hôpital-praticiens devraient s'améliorer par une meilleure circulation des informations.

10. La recherche va s'étendre. L'épidémiologie en bénéficiera, rompant ainsi certaines frontières hôpital-non hôpital.

Rationalisation et productivité

11. La productivité s'accroîtra dans les domaines sujets à rationalisation. Cependant, l'hospitalisation est un service humain, soumis à des besoins croissants et, une fois atteint un haut niveau et un point de non retour, non rentable.

Dorénavant, le coût marginal d'un progrès sera toujours plus élevé pour des résultats quantitatifs moins sensibles.

La gestion hospitalière s'apparente à celle des entreprises et recourra à la recherche opérationnelle.

Les coûts diminueront de croître fortement, car la technicisation et la qualité des soins requièrent beaucoup de personnel.

12. La part de l'hospitalisation au produit national brut continuera d'augmenter rapidement. D'ici 1980-1985, le rythme d'accroissement des frais d'exploitation hospitalière sera supérieur à celui du PNB. Les investissements en cours, établissements et équipements, les effectifs croissants et plus qualifiés, représentent un saut qualitatif souhaité et nécessaire; ils entraînent des frais et des rémunérations élevés, faiblement compressibles. Au-delà de 1985, les rythmes d'augmentations « hospitalier » et du PNB se rapprocheront vraisemblablement.

L'intervention de l'Etat

13. Les pouvoirs publics et une législation sociale évoluée, avec des modalités différenciées, couvriront les frais toujours plus élevés, les coûts n'étant plus supportables individuellement. Conjointement, l'accent sera porté sur les notions de participation et de responsabilités personnelles.

14. L'Etat intervient pour coordonner (éviter les dispersions coûteuses, structurer le réseau, assurer la péréquation entre régions, combler les disparités); il est le mieux placé, du moins théoriquement, pour avoir une vue d'ensemble, qui manque aux groupes spécialisés.

Les investissements en personnels

15. Les aspects concernant les personnels deviennent prépondérants. Un « investissement en hommes » bien compris évite les gaspillages de

● SUITE ET FIN AU VERSO

Les dépenses hospitalières (suite et fin)

compétences. On devrait assister à une généralisation du travail en équipes.

La densité médicale croît de manière rapide. En revanche, le recrutement moins aisé des infirmières, dont la durée d'activité est brève, risque, sur le « marché » de l'emploi et du travail, de rendre l'infirmière qualifiée plus rare que le médecin.

16. Les besoins en personnel les plus difficiles à couvrir seront ceux du personnel soignant au chevet des malades, notamment des malades chroniques, qui requièrent des soins infirmiers plus nombreux que les autres patients. Or il s'agit de tâches peu valorisantes. Il faudra attirer du personnel par divers moyens : recours à des person-

nels auxiliaires, les qualités affectives primant les connaissances techniques; de même s'imposera l'extension du personnel d'encadrement (à prévoir : plus d'employés masculins et des salaires plus attractifs !)

17. Le développement des relations horizontales tendra à compléter les communications verticales, dans une pyramide hiérarchique actuellement trop rigide, avec ses blocages et le paternalisme qu'elle suppose (une diminution des écarts dans l'échelle des salaires répondra mieux à la notion d'équipe de travail).

18. Toute approche du domaine de santé sera nécessairement pluridisciplinaire.

LE CARNET DE JEANLOUIS CORNUZ

Avec la considération distinguée des PTT

Comme tout le monde, je viens de recevoir de l'« Entreprise des PTT suisses » un avis concernant l'augmentation des taxes d'abonnement au téléphone et des taxes pour conversations interurbaines. Conscient d'une part que, puisque tout augmente, il n'y a pas de raisons pour que le téléphone n'augmente pas lui aussi — et préférant d'autre part la lecture de DP à celle des avis officiels, je l'eusse sans doute, pour employer le vocabulaire du Grand Siècle, *mis au cabinet*, comme le sonnet d'Oronte. Mais quelqu'un m'a demandé de lui expliquer, et donc j'ai lu.

J'ai lu que « Dès le 2 décembre 1974, les conversations interurbaines seront soumises aux taxes suivantes :

Durée de conversation (en s.) pour une unité de taxe de 10 c. et taxe (en c.) pour une conversation de trois minutes

du lundi au vendredi de 8 à 17 h. et de 19 à 21 h.

Distances jusqu'à 10 km	60 s.	30 c.
de plus de 10 jusqu'à 20 km	36 s.	50 c.
de plus de 20 jusqu'à 50 km	22,5 s.	80 c.
de plus de 50 jusqu'à 100 km	16,3 s.	110 c.
de plus de 100 km	12,8 s.	140 c.

du lundi au vendredi de 17 à 19 h. et de 21 à 8 h. ainsi que samedis et dimanches.

Distances jusqu'à 10 km	60 s.	30 c.
de plus de 10 jusqu'à 20 km	36 s.	50 c.
de plus de 50 jusqu'à 100 km	25,7 s.	70 c.
etc. »		

Tableau qui me semble appeler les remarques suivantes :

En admettant que « s » signifie « seconde » et que « c » signifie « centime » (ce que confirme le texte italien qui parle de « sec » et de « ct ») :

1. On doit admirer l'extrême précision des PTT. Ainsi donc, pour un franc dix centimes, j'ai droit à 16 secondes 3 dixièmes... On peut espérer qu'avec le progrès des temps, il sera possible de préciser encore : 16 secondes 28 centièmes... Dès maintenant, voilà un précieux encouragement donné à notre industrie horlogère et à la fabrication des chronomètres de précision !

2. En revanche, l'art de s'exprimer avec *clarté* ne semble pas, chez les PTT, à la hauteur de ce sens de la précision que je viens de relever. Il faut bien le dire, la phrase « Durée de conversation (en s.) pour une unité de taxe de 10 c. et taxe (en c.) pour une conversation de 3 minutes » ne présente pas, à l'examen, de sens déchiffrable. Qu'est-ce qu'une « unité de taxe » ? Et pourquoi faut-il préciser la durée (en s.) d'une conversation de 3 minutes ?

Je me suis dit que sans doute, la faute en était à la traduction et que nous autres Romands, qui sommes le plus souvent parfaitement incapables de dire trois mots en allemand, aurions mauvaise grâce de nous plaindre d'un pareil charabia. Hélas, le texte allemand, compte tenu de mes faibles connaissances dans la langue de Frisch, semble également impénétrable.

Ce qui me fâche un peu, car c'est avec mes derniers, contribuable suisse que je suis, qu'on imprime tout ça...

Il est vrai que les PTT m'assure en français de leur « considération distinguée » — ce qui ne veut rien dire — et en allemand m'envoient leurs « amicales salutations » — ce qui veut dire quelque chose, mais est d'une jolie hypocrisie !

J. C.

LA SEMAINE DANS LES KIOSQUES ALÉMANIQUES

Ceux qui élargirent la brèche

La social-démocratie helvétique vient de perdre deux de ses mentors : Max Weber et Fritz Marbach. Le premier était plus connu que le second, mais ils ont tous deux exercé une grande influence sur l'orientation de la gauche pendant les cinquante dernières années. La presse, de toutes tendances, l'a relevé : ces départs marquent un peu la fin d'une époque, celle de ceux qui ont vécu la sortie du ghetto dans lequel le mouvement ouvrier avait été enfermé par la bourgeoisie.