

I. Ermittlung von Daten zur Planung der ambulanten Versorgung

Ohne Kenntnis der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung und der praktischen Auswirkung von medizinischen wie administrativen Massnahmen lässt sich keine effektive Gesundheitsversorgung planen und realisieren. Die Ermittlung der Bedürfnisse der Bevölkerung und die Aufbereitung als Planungs- und Steuerungsgrundlage ist allerdings eine sehr schwierige und bisher noch nicht in befriedigender Weise gelöste Aufgabe, die deshalb auch im Nationalen Forschungsprogramm eine wichtige Stellung einnimmt. Projektleiter und Mitarbeiter des Programmteils «Datenerhebung für die ambulante Versorgung» geben im folgenden einen Überblick über Ausgangslage und Ansatzpunkte ihrer Arbeiten.

I. Recueil de données pour la planification du secteur ambulatoire

Il n'est pas possible de planifier et de réaliser la «fourniture de soins» à une population sans une connaissance suffisante de la situation sanitaire effective de cette collectivité et des effets pratiques des mesures en vigueur, médicales et administratives. La détermination des besoins de la population et leur utilisation comme base de planification et de gestion représentent cependant un problème difficile, qui n'a pas jusqu'ici été résolu de façon satisfaisante. C'est pourquoi il occupe une place importante dans le Programme national de recherche No 8.

Les directeurs et collaborateurs des projets de la partie «Recueil de données sur le secteur ambulatoire» du PNR 8 donnent ci-dessous un aperçu des prémisses et des points principaux de leurs travaux.

Information + évaluation: Conditions d'un système efficace de santé

Pierre Gilliland¹

1. Complexité et interdépendance des approches

1.1. Le cube

Un cube a six faces planes, carrées et égales. Ses arêtes, toutes de longueur égale, se rencontrent trois à trois, à angles droits, en 8 points qui délimitent cet hexaèdre. Son volume est le produit de 3 facteurs égaux à la mesure de l'arête. Le cube est parfaitement défini. C'est une construction de l'intelligence. Car personne n'a perçu ni ne percevra jamais un cube par les sens. Voir à peu près un carré d'un cube, c'est ne voir qu'une seule face. Voir deux ou trois faces suppose une perception visuelle déformée des carrés. Et pour voir simultanément six faces d'un cube, il faut un miroir qui en reflète les faces cachées, la déformation s'amplifiant par la gymnastique des yeux.

Le toucher – les doigts passant et repassant sur les surfaces, les pointes au sommet de pyramides – permet une meilleure appréhension du cube. Pourtant c'est toujours l'intelligence qui, par hypothèse, reconstruit sans cesse le cube. Le cube est, par définition; il ne paraît jamais à nos sens dans sa forme pure.

Cette allégorie du cube, objet simple, introduit le thème de l'information et de l'évaluation dans le domaine de la santé.

1.2. Complexité de la recherche sociale et transparence

La réalité n'est pas révélée. Protéiforme, complexe, mouvante, elle n'est pas définie, ni définissable a priori comme le cube. Seules les apparences de la réalité sociale sont perceptibles par l'approche spontanée. Et l'approche raisonnée, traversée par de multiples et contradictoires valeurs, est prise dans un entrelacs de normes inculquées, qui corsètent nos esprits et qui diffèrent selon l'espace, le temps et le milieu.

C'est pourquoi toute démarche visant à informer et à évaluer, à cerner avec objectivité ce que je nomme, par commodité, la réalité sociale, implique maintes précautions théoriques et pratiques, des béquilles que sont les hypothèses de travail, une problématique consciencieusement définie mais nécessairement réductrice, une démarche et un cadre de référence explicités, des outils palliatifs maîtrisés (par exemple: la statistique, les techniques démographiques, etc.).

Par objectivité, j'entends ici cette qualité qui consiste à s'efforcer constamment de représenter fidèlement la réalité. En sciences humaines, il y faut d'autant plus de rigueur que l'objet est malléable et fluctuant. C'est pourquoi la réflexion théorique et l'explication doivent

¹ Professeur de recherche et de planification sociales, Université de Lausanne
Directeur du projet «Système d'information» du PNR 8
(Crédit No 4.353 du Fonds national suisse de la recherche scientifique)

être fondées sur des faits dûment observés, sur des faits encore, sur des faits toujours, même si les faits sont aussi des constructions. Souvent gênants, les faits sont toujours têtus; ils résistent aux interprétations et au temps. On ne saurait, à la longue, les masquer, les déguiser ou les éluder. Mais il est bien difficile de saisir correctement un fait; on ne s'étonnera donc point de rencontrer plus d'interprètes que d'observateurs rigoureux, subordonnant leur réflexion à la sèche connaissance des faits et de leurs interdépendances.

Le développement de nos connaissances est une lente et progressive quête de cohérence. L'objectif premier du chercheur est la *transparence* des différentes facettes de la réalité sociale, image démultipliée du cube, en vue d'une connaissance graduellement organisée. La recherche sociale requiert ténacité, nuance et humilité. Difficile et strict métier, qui emprunte la démarche scientifique et qui implique une éthique.

1.3. Exemple de la santé

La santé est un des nombreux domaines de la réalité sociale. L'information et l'évaluation du secteur de la santé peuvent être abordées par des disciplines diverses: histoire, droit, médecine, économie, démographie..., avec des moyens normatifs (règles des assurances sociales, applications d'indices), qualitatifs (entretiens, analyses de discours...), quantitatifs (mathématique des sciences humaines). Ce domaine à son tour se subdivise en médecine ambulatoire, hospitalisation, médicaments, prophylaxie, administration sanitaire, soins à domicile, etc.

L'élaboration et la diffusion de l'information, l'analyse et l'interprétation, peuvent être faites selon l'optique de la production ou celle de la consommation, selon l'optique institutionnelle ou celle du financement, considéré lui-même comme un investissement économique, ou un moyen de redistribution sociale par les assurances, ou une dépense chargeant les ménages et les pouvoirs publics. Les agents du domaine de la santé sont divers: outre les institutions à caractère public, privé ou mixte, sont directement concernés: médecins, infirmières, administrateurs, chercheurs, planificateurs, dont les formations et les intérêts diffèrent, au départ en tout cas.

Et l'on prendra garde de ne pas oublier les malades – ils le sont si souvent! –, la population dans son ensemble, ses besoins et l'expression de ses besoins. Car la maladie et l'accident constituent un risque sans frontière et sans exclusive, même si l'injustice du sort frappe inégalement les individus, les couches sociales et les régions. De plus, on ne saurait oublier que la Suisse doit résoudre des «problèmes» d'un pays riche, alors que par le monde des millions d'enfants meurent faute de soins.

Cette énumération est non exhaustive, on l'imagine aisément. Elle suffit largement à souligner la diversité des approches et leur relativité, la complexité et l'interdépendance des phénomènes sociaux, la difficulté de l'information et de l'évaluation, l'effort indispensable de synthèse.

2. Un outil et une stratégie

2.1. Une information et une évaluation déficientes

L'information est essentielle en tous domaines. Encore faut-il en évaluer le contenu, la qualité, les intentions. L'interprétation hâtive, voire abusive, de renseignements partiels ou considérés selon un unique point de vue, peut infléchir l'information en une propagande; le martellement sur une «idée clou» y tient souvent lieu de raisonnement.

En matière de santé publique, l'information est maintenant surabondante. Généralement, l'approche est parcellaire, la qualité informative médiocre, la pertinence hasardeuse, la diffusion éparpillée, l'application limitée, la synthèse défaillante. Le fonctionnement du système de santé est une «boîte noire». Ce tableau sera jugé trop sévère. En effet, d'utiles recherches ont été conduites; des études préparatoires ont débouché sur des réalisations importantes. Mais les indicateurs d'évaluation comparative font défaut; les avertisseurs statistiques ne rententissent guère. La communication est tardive, alors que tout s'accélère.

Certes, le niveau de santé atteint en Suisse est élevé, fort enviable même dans le concert des nations. Pourtant, l'insatisfaction s'est accrue, le décalage entre la situation présente et les attentes grandit. Peut-être l'action correctrice pour dissiper le malaise actuel est-elle à portée de réflexion? Mais l'outil d'information et d'évaluation est déficient, au moment où se dessinent des impasses au développement harmonieux du système de santé.

Une politique de santé ne peut être élaborée par incantations successives, à l'image de certains débats parlementaires, où l'on assiste plus à des affrontements qu'à des confrontations.

2.2. Pré-condition: un système d'information

Un système d'information statistique cohérent est une condition préalable à la préparation de décisions adéquates. Il faut pouvoir analyser, comparer, proposer en connaissance de cause. La réalisation du «programme» sur l'efficacité du système de santé, financé par le Fonds National de la recherche scientifique, peut y contribuer par des éclairages judicieux. Bien sûr, le montant du PNR 8 affecté par année – et pendant 5 ans – représente moins de 1/10000 des dépenses de la «boîte-noire-santé». Soit l'équivalent de l'engagement d'une vingtaine de postes de recherche à plein temps et divers à-côtés. Mais avec des financements complémentaires et maintes collaborations, une centaine de personnes travaillent aux projets retenus par le groupe d'experts. Sera-ce un levier suffisant?

Sont à mon avis des pré-conditions d'efficacité pour les décisions à l'avenir: la constitution d'un système d'informations fiables, la mise à jour régulière des données, la construction d'indicateurs, la disponibilité d'un réseau de renseignements couvrant l'ensemble du territoire helvétique, distinguant ses cantons et leurs régions.

2.3. Evaluation systématique: condition de la prise de décisions cohérentes

Disposer d'un magnifique outil d'informations est une possibilité prochaine, si les recherches en cours convergent vers la mise en place d'un système cohérent de collecte de données. Cependant, de multiples informations ne sont en elles-mêmes guère significatives; elles doivent être correctement analysées et référées à un système de significations. Par exemple: pénurie ou pléthore de médecins, insuffisance en lits ou surdimensionnement des établissements hospitaliers, «explosions» des coûts ou priorité financière à la santé, sont des affirmations contradictoires, fréquemment opposées. Sans vue d'ensemble, sans définition d'objectifs et de principes, sans mise en relation des phénomènes sociaux et mise en évidence de leurs interdépendances, sans référence au contexte économique, social et culturel, ces expressions reflètent des idéologies. Ce ne sont pas des «constats» permettant de fonder les décisions à prendre.

C'est pourquoi l'établissement de grilles de critères et d'évaluation systématique par une équipe permanente de travail et de recherche sont des conditions d'une préparation et d'une prise de décisions cohérentes.

2.4. Nécessité d'une stratégie

Dans «L'hospitalisation en Suisse»², je plaide pour une stratégie à long terme: une politique de santé nécessite la transparence – sur le plan chiffré comme sur le plan des objectifs. Dans divers chapitres de cet ouvrage, des concepts sont développés, des démarches et un ensemble de recherches complémentaires sont esquissés, des moyens de production et de circulation de l'information sont signalés, des objectifs, des priorités, des étapes à court, moyen et long termes, sont proposés.

Dans le cadre de cette contribution, je me limite à:

- renvoyer les lecteurs intéressés à cet ouvrage, qui constitue une base de discussion qu'il s'agit d'approfondir;
- traiter des aspects concrets, où l'information et l'évaluation sont sous-jacentes;
- rappeler quelques éléments d'une vue d'ensemble et présenter les résultats préliminaires de recherches en cours.

3. Aperçu de l'évolution et de tendances du système de santé

Il faut agir ici et maintenant. La recherche sociale et le risque de cloisonnement des approches nécessitent le recours à diverses règles. Bien définir la problématique d'une recherche est la première: elle suppose préalablement une vue d'ensemble ou des hypothèses sur les connexions avec d'autres secteurs. Considérons un aperçu des principaux faits en matière de santé et,

pour faciliter l'exposé, un aperçu de quelques tendances plausibles qui vont conditionner l'avenir³.

a) *Les progrès de la médecine*, des sciences et des techniques qui la sous-tendent, ont été considérables, sauvant des vies, atténuant des souffrances. Sans aucun doute, ces progrès vont continuer. Pourtant, l'augmentation de l'espérance de vie ne se mesurera dorénavant qu'en fractions d'année. Il y a loi de rendements décroissants.

b) *Les assurances sociales* se sont développées. Ce moyen de redistribution sociale, avec la prospérité économique, a permis une extension sans précédent des structures sanitaires, un accès large aux soins, la rémunération d'un personnel de santé de plus en plus nombreux. L'effectif des employés dans les hôpitaux, par exemple, a quadruplé depuis 1945–50.

c) *La population* a crû d'un tiers pendant le troisième quart de siècle. L'immigration des étrangers en est la plus importante cause (+ fécondité des immigrants, jeunes pour la plupart et donc en âge de procréation). Or, le nombre d'habitants stagnera vraisemblablement d'ici la fin du siècle et pourrait regresser ensuite.

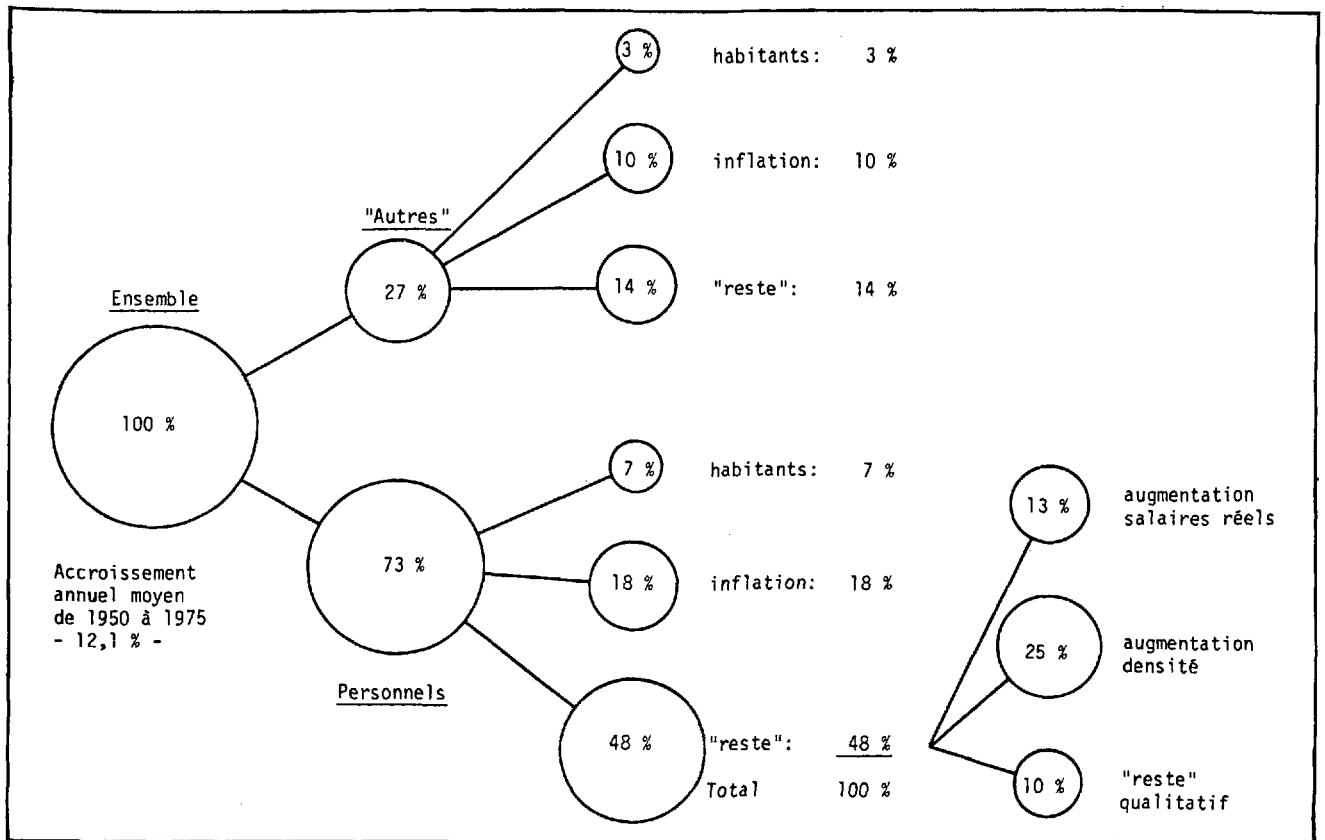
d) *Le vieillissement démographique*, phénomène facilement mesurable, est inéluctable. Pendant le XXème siècle – la démographie est, avec l'histoire, une discipline des durées longues – le nombre d'habitants aura à peu près doublé, celui des personnes âgées de 60 ou 65 ans et plus aura quintuplé, tandis que celui des grands vieillards (80 ans et plus) aura presque décuplé. La part des habitants âgés de plus de 60 ans sera voisine de celle de la population âgée de moins de 20 ans vers l'an 2000. Or, la morbidité augmente statistiquement avec l'avancement en âge. La pathologie liée à la vieillesse est souvent invalidante. La structure des besoins et la demande de soins seront profondément modifiées par le vieillissement de la population.

e) *La densité des médecins praticiens* n'a pas tout à fait doublé en trois quarts de siècle (1900–1975). Or elle va doubler en 15 ans seulement, de 1975 à 1990, et vraisemblablement tripler d'ici 2010. Ce changement brusque va influencer fortement sur la distribution des soins: ses incidences seront multiples sur l'organisation sanitaire.

f) Le nombre d'*admissions dans les hôpitaux* suisses a pratiquement doublé ces trente dernières années pour un nombre de lits semblable. C'est que la durée moyenne de séjour a diminué de moitié. L'indicateur du nombre de jours d'hospitalisation par an et par habitant a diminué d'un quart. Les tendances ulté-

³ Se reporter, entre autres, à «L'hospitalisation en Suisse», op. cit., à «Démographie médicale en Suisse. Santé publique et prospective». Office de statistique de l'Etat de Vaud (OSEV), Lausanne, 1976 (dit DEMOMED).

² «L'hospitalisation en Suisse. Statistiques 1936–1978. Quel avenir?» Institut suisse des hôpitaux, Cahier No 15, Aarau 1980.



Composantes de l'accroissement des coûts d'exploitation hospitalière. Contributions proportionnelles

rieures vont dépendre des orientations de la politique de santé.

g) *Le coût* de la «réparation de la santé dégradée» (sans notion péjorative), exprimé en proportion du produit national brut, est de 3½ % en 1950; il augmente et même il s'accélère depuis 1965; il est de l'ordre de 8 % actuellement. En incluant des coûts non comptabilisés et pourtant affectés à la santé, la part atteint vraisemblablement 10 % en 1980.

h) *Les opinions* sur la capacité de notre société à supporter ou non les frais de la santé font partie intégrante de la réalité sociale. Dans l'organisation sanitaire présente, les accélérateurs des dépenses paraissent aux observateurs plus vigoureux que les freins. Il n'y a pas auto-limitation des prestations dans l'actuel système de santé, mais auto-alimentation.

i) *La répartition des dépenses de la santé par secteur* est la suivante⁴: la moitié est consacrée à l'hospitalisation au sens large: exploitation: 38 %, construction: 7 %, formation et recherche médicales, étroitement liées et dépendantes de l'hôpital universitaire: 5 %. Un tiers est consacré aux honoraires des médecins (21½ %), des dentistes (9½ %) et autres (1 %). Les médicaments vendus dans les pharmacies et drogueries en constituent un dixième (9½ %), 7 % vont à d'autres rubriques. 1 % seulement est attribué aux soins à domicile; ces services disposent donc d'une portion congrue.

Cette brève récapitulation fournit des éléments d'information sur l'évolution et sur des tendances plausibles. La problématique et l'efficacité du système de santé doivent de toute nécessité intégrer ces aspects quantitatifs. De plus, le système de santé repose également sur des aspects d'organisation, de compétences, de formation, d'échanges et de relations. C'est souligner l'importance du «qualitatif», trop négligé dans les approches d'économie de la santé. Aussi la problématique de l'efficacité économique du système de santé est-elle, à mes yeux, avant tout sociale.

Trois exemples situent l'approche d'information et d'évaluation, conditions pour des décisions en vue d'un jugement correct et de décisions adéquates. Le futur ne peut se construire à partir d'une table rase; il prend ses racines dans le passé; il est en partie délimité par les structures présentes. Aussi, une connaissance approfondie des mécanismes du fonctionnement et des tendances est-elle indispensable.

4. Aspects qualitatifs de la croissance des coûts d'exploitation hospitalière⁵

La forte augmentation des dépenses hospitalières est devenue un sujet de préoccupation depuis la récession de 1974-75. Les économies sont à l'ordre du jour. Mais quelles économies? Où et comment économiser? Dans

⁴ Selon Gygi-Henny, 1975. La répartition n'a vraisemblablement guère changé depuis.

⁵ Se reporter à «L'hospitalisation en Suisse», ch. 4, Institut Suisse des Hôpitaux I.S.H. no 15, op. cit., et «Hospitalis» no 11, 12/1980, et no 1, 2/1981.

divers milieux, on confond économies et transferts de charges. Et on méconnaît que le terme économie, dans une acception littérale, signifie «ordre dans la maison». Or, l'hospitalisation n'est qu'un appartement – même s'il est de grande dimension – dans une vaste maison. Une critique bornée à l'exploitation hospitalière touche à côté de la cible.

Pendant le troisième quart de ce siècle, l'accroissement annuel moyen des dépenses d'exploitation des hôpitaux est d'environ 12%. A ce rythme, les dépenses doublent en 6 ans, triplent en 10 ans, etc. Cependant, pour mieux juger des causes de l'accroissement des dépenses d'exploitation des hôpitaux, il convient de dépasser l'examen de l'évolution globale des coûts et de mettre en évidence les principales composantes. On appellera «extrinsèques» les composantes extérieures à l'hospitalisation, ou indépendantes. Les composantes directement hospitalières sont appelées «intrinsèques».

Or, l'augmentation du nombre d'habitants et l'inflation surtout, composantes extrinsèques, expliquent $\frac{2}{3}$ du rythme d'accroissement des dépenses. Les composantes intrinsèques, elles, sur lesquelles une action de gestion hospitalière eût été possible, en constituent $\frac{1}{3}$. Environ $\frac{1}{4}$ (1,7% sur 12,1%) est dû aux rubriques alimentation, frais médicaux, frais généraux et administratifs. Environ la moitié (5,8% sur 12,1%) est expliquée par la composante «personnels des hôpitaux». Cette composante des personnels peut à son tour être subdivisée. $\frac{1}{4}$ de l'accroissement du coût est lié à l'augmentation de la densité du personnel. Les effectifs ont en effet triplé en 25 ans. Ce phénomène est essentiellement d'ordre qualitatif: progrès technique et médical nécessitant des employés plus nombreux, diminution concomitante des durées de séjour, disponibilité plus grande à l'égard des malades, baisse de la durée hebdomadaire de travail. La rationalisation des soins est limitée dans ses effets; aussi l'augmentation de l'effectif hospitalier est, pendant cette période, un indicateur qualitatif. $\frac{1}{2}$ est causé par l'amélioration des salaires réels des employés (indice pour les hommes). C'est aussi un indicateur qualitatif. Le solde – $\frac{1}{10}$ (en fait plus, ce «reste» étant minimisé sur 25 ans avec la technique utilisée) – s'explique qualitativement: revalorisation des salaires féminins, améliorations des qualifications et de la formation, accomplissement de tâches supplémentaires (informatique, confort des malades, etc.).

L'analyse des composantes des coûts d'exploitation renseigne utilement sur l'évolution et l'accroissement des dépenses. Les économies possibles pendant le troisième quart de siècle, sans être négligeables, auraient eu une incidence d'ampleur limitée sur la croissance de la «facture» hospitalière. Une politique cohérente de santé publique doit certes améliorer l'exploitation des hôpitaux; elle doit poser surtout la question des orientations du système de santé. Une information plus fine permet une meilleure évaluation des composantes. *Une critique pertinente concerne moins la gestion hospitalière que l'hospitalo-centrisme.*

Elle s'adresse non plus à la seule administration hospitalière, mais à la conception prévalente pendant deux à trois décennies.

5. Démographie médicale: fort accroissement de la densité

Les années qui s'étendent de 1950 à 1970 sont une période de prospérité économique, d'extension des mesures sociales, d'accès croissant aux soins, de mise en place d'importantes infrastructures hospitalières, etc. Pourtant, la densité de médecins praticiens, qui augmentait régulièrement depuis le début du siècle, stagne pendant cette vingtaine d'années.

En 1966, un rapport d'une commission fédérale prédit une pénurie durable de médecins jusqu'à la fin du siècle. Or, une analyse plus attentive aurait montré ceci: cessait le phénomène des générations creuses des années 30 à 40, avec le décalage d'environ 20 ans pour l'immatriculation aux études longues; augmentait le taux des jeunes obtenant leur baccalauréat; commençait de s'accroître le nombre des étudiants en faculté de médecine; était prévisible – hypothèse vraiment plausible – un accroissement des effectifs universitaires et une attraction des études de médecine.

En 1972, la parution de perspectives annonçant une forte croissance du nombre de médecins ne suscite aucun commentaire dans les journaux romands⁶. Puis, dans des cercles restreints, se manifestent des tendances opposées – favorables ou négatives – à l'introduction du numerus clausus en médecine. A une diffusion manquée d'une information importante succède presque une «intoxication» avec des principes contradictoires. Le Conseil fédéral prend (en juin 1974) une position prudente et nuancée.

La densité de médecins praticiens va pratiquement doubler de 1975 à 1990, probablement tripler d'ici 2010. Des projections pour 2030 – personne ne sait ce qui se passera réellement à cette époque – montrent l'inertie des phénomènes démographiques; la démographie permet plus aisément des anticipations que d'autres disciplines des sciences humaines. En effet, la progression de la densité médicale est certaine (sauf «catastrophe» majeure). Seule une réduction brutale de $\frac{2}{3}$ à $\frac{3}{4}$ de l'accès des étudiants en faculté de médecine – solution impraticable – diminuerait à long terme la densité de médecins praticiens; celle-ci serait néanmoins bien plus forte en 2030 qu'en 1975. La figure montre les évolutions d'ici 2010, selon diverses hypothèses⁷.

⁶ «Démographie, sociologie, économie et prospective médicales», Office de statistique de l'Etat de Vaud (OSEV), Lausanne 1972, comprenant la thèse de doctorat de Bernard Junod, puis «Démographie médicale en Suisse...» op. cit.

⁷ Se reporter à: Annuaire de la Nouvelle Société Helvétique: «le système de santé: malade?» Contribution: «Médecins: de la pénurie à la pléthore?» – Buri, Berne 1980.

Article à paraître dans le bulletin des médecins suisses. Publication en 1981 – Financement: «Fonds national».

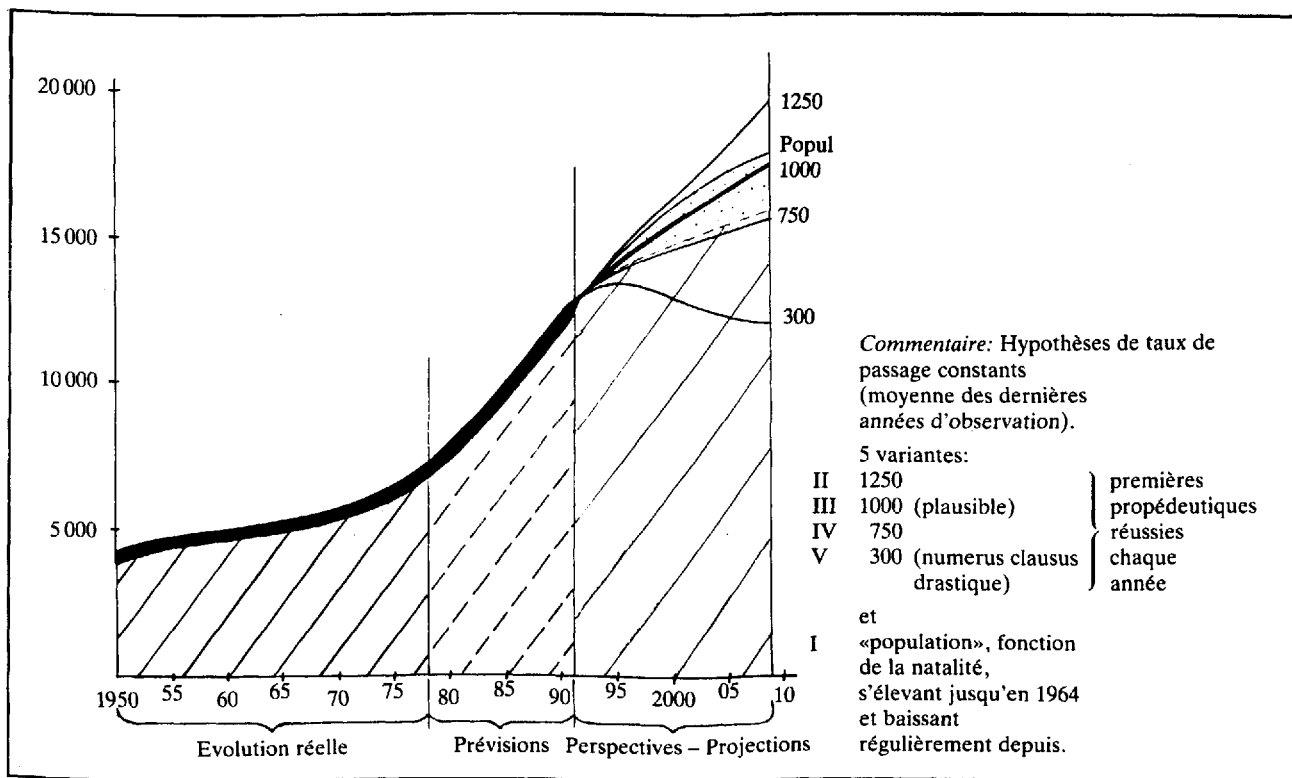


Schéma. Médecins libres praticiens: évolution et perspectives

Une modélisation mathématique et une analyse adéquate des données quantitatives soulignent une considérable augmentation du nombre de médecins à l'avenir. Les incidences qualitatives et les risques sont multiples et hypothétiques. Le mérite de cette information sur une tendance certaine est de délimiter le cadre des évaluations prospectives sur l'organisation future du système de santé.

6. Soins à domicile: une «alternative» de substitution partielle à l'institutionnalisation⁸

Les soins à domicile représentent une «alternative» sous-exploitée de substitution partielle aux établissements médico-sociaux, où sont enregistrées de longues listes d'attente. Evidemment, le maintien à domicile, comme «alternative» à l'institutionnalisation, ne concerne qu'une partie des malades, ceux qui le peuvent et le veulent. La volonté personnelle du malade, le courage et l'état de santé de l'entourage, priment souvent la gravité de la maladie ou du handicap.

Cependant, les modes de financement actuels pénalisent ceux qui fournissent un effort pour s'occuper avec dévouement d'un proche; en revanche, ils «favorisent» l'hospitalisation ou le placement médico-social, payés automatiquement, en tout ou en partie. On peut même affirmer que le système actuel de financement

autoalimente et entretient les formes coûteuses de dispensation des soins. En tout cas, l'exemple du Centre lausannois des soins à

Comparaison des coûts globaux, pour 200 malades
(population de référence: 150000 habitants)

	CLSAD	INSTITUTIONNALISATION
Fonctionnement	1½ millions	8½ millions
Honoraires médicaux	} 1 million	} 1½ million
Médicaments		
Services collaborateurs		
Total, environ	2½ millions	10 millions env. au total

1 à 4

Suisse autour de 1975:
(situation certainement voisine en 1980)

	en % des dépenses de «santé» par année
- constructions hospitalières	7%: qui infèrent env., ½% en service de la dette (supplément annuel)
- soins à domicile	1%: soit 2 fois seulement le service de la dette du montant annuel investi en constructions hospitalières!

⁸ Plusieurs cahiers d'études du Centre lausannois des soins à domicile seront publiés ces mois à venir. La méthodologie fera l'objet d'un fascicule; elle n'est pas décrite ici. Voir également: Cahiers médico-sociaux, no 1/1981, Médecine et Hygiène, Genève. Ce numéro est consacré au Centre lausannois des soins à domicile.

domicile (CLSAD) est patent. Pour une population de 150000 habitants (Lausanne et Prilly), le Centre permet le maintien à domicile, en moyenne journalière, de près de 200 malades (soit 1,3 lit par millier d'habitants). La répartition est la suivante: un quart des malades auraient dû être hospitalisés (hôpital général); un tiers sont des malades chroniques lourds et un quart des malades chroniques légers (établissement gériatrique ou médico-social).

Les autres malades – un cinquième – sont des semi-handicapés, des malades séniles qui auraient été placés en établissement psycho-gériatrique et des cas fort lourds, notamment des tétraplégiques.

En comptant largement, dans l'exemple du Centre lausannois, le coût de fonctionnement pour éviter ces institutionnalisations est de 1½ million; il faut y ajouter services collaborants, honoraires et médicaments, soit au total 2½ millions (estimation élevée, établie par excès). L'hospitalisation ou le placement – en comptant cette fois par défaut – eût coûté environ 10 millions, soit un montant 4 fois supérieur! Le seul service de la dette d'un établissement substitutif de 150 à 160 lits pour les malades chroniques coûte autant que le fonctionnement du Centre!

Un développement des soins à domicile permettrait sans nul doute d'éviter un nombre plus élevé de placements médico-sociaux. Il n'est pas certain que la «troisième centaine» de lits qui pourrait être évitée soit plus onéreuse que la première ou la deuxième.

La simple comparaison des parts des dépenses de santé (1975) affectées à la construction hospitalière: 7%, dans un pays dont les hôpitaux généraux surdimensionnés comptent en moyenne 3 lits non occupés sur 10, quand ce n'est pas 1 sur 3 – et aux soins à domicile: 1% – devrait au moins susciter un réflexe. Or, les services de soins à domicile sont peut-être plus contestés actuellement que les constructions! A-t-on songé à ceci: à 7% l'an, le service de la dette des investissements dans les «murs» (qu'il faut bien prendre en compte mais qui ne figure pas – ou pas en totalité – dans la «facture hospitalière») représente la moitié des sommes consacrées aux soins à domicile!

L'évaluation économique comparée de deux formes complémentaires de dispensation des soins est éloquent. Le résultat est un constat d'inadéquation des modes de financement, décourageant maintenant une forme de soins à la fois plus humaine et grandement efficace.

7. Repères pour une politique de santé

Quelques repères sont présentés ci-après. Ils sont fondés sur les résultats de recherches en matière de santé. Ce point de vue est à débattre, à compléter grâce à une information et une évaluation approfondie des faits.

7.1 Pour une «efficacité allocative»

Chercheurs et décideurs ont des rôles complémentaires mais qui, à mon avis, doivent être clairement séparés. Sinon, il y a technocratie. Mais il n'y a pas

schizophrénie à s'occuper à la fois de recherche et de planification. La perception d'un événement ou d'un phénomène n'est pas extérieure au jugement – sinon il n'y aurait ni appréhension, ni compréhension. Ce sont des faces d'un même cube. Cette double approche suppose engagement du chercheur envers sa production de recherche, responsabilité de suivre l'exécution du plan, de veiller à en détecter et dire les distorsions, à reconnaître aussi l'éventuelle erreur. Il en va de la crédibilité de la recherche sociale. Obnubilés, pourtant, administrateurs et «économistes» s'évertuent à chercher les critères d'une «efficacité productive». Cette optique gestionnaire est certes nécessaire: des gaspillages peuvent être évités; des rationalisations sont possibles; une coordination peut améliorer le fonctionnement. Mais ces actions sont cosmétiques. C'est focaliser l'attention sur l'accessoire – même s'il est fort onéreux. En effet, les dysfonctions du système entraînent les dépenses dans une spirale non maîtrisable avec les structures, les modes de financement et de subventionnement actuels.

L'aspect fondamental est l'«efficacité allocative». Cela suppose des choix et des réorientations. Ce n'est plus le domaine direct des techniciens; c'est celui de la décision et des politiciens.

7.2. De l'«explosion» des coûts à l'«implosion» des ressources

Attendre une régulation spontanée est illusoire. Le secteur de santé n'est pas réductible à un marché simple. La demande influe certes sur l'offre; mais c'est surtout l'offre qui conditionne la consommation, qui en détermine le genre et le volume. Et l'offre est sans cesse croissante. Même, une pseudo-concurrence enflamme démesurément les coûts.

Ce qui importe, c'est une «médication» sur le plan des structures et de l'organisation. Cela implique une vigoureuse réallocation des ressources. A la concentration implicite des investissements dans les «murs» pendant le troisième quart de siècle, il faut dorénavant accorder une priorité explicite aux investissements en personnels qualifiés. C'est opter pour une décentralisation raisonnée des compétences dans le domaine ambulatoire, complémentaire de l'hospitalier. A l'«explosion» désordonnée des dépenses doit succéder une «implosion» planifiée des ressources. La finalité n'est pas la «réparation de la santé dégradée», qui est nécessaire mais non suffisante. C'est le maintien et la promotion d'un bon état de santé de la population.

Des contraintes économiques imposent des limites à la croissance des coûts médico-hospitaliers. Inversement, les aspirations à la santé augmentent plus vite que la possibilité matérielle de les satisfaire. La maladie a un coût; celui-ci pose la question du prix de la santé. De véritables économies sont donc nécessaires. Mais l'organisation chrématistique⁹ de notre société – plus

⁹ Voir «Politique sociale et développement». Delta, Vevey 1981, réédition de quatre études de Sismondi (début du XIXe siècle), qui reste d'une étonnante actualité.

intéressée par la multiplication des produits et des consommations que par une mise en valeur et une gestion économe des biens – va à l'encontre de l'efficacité et de la qualité.

7.3. Une fable

Ce jugement sera contesté. Je l'appuie sur plusieurs travaux et approches du domaine de la santé. C'est en tout cas une interprétation partagée par plusieurs chercheurs. Pour résumer mon sentiment, et parce que les sciences sociales balbutient encore, je recours à une fable:

Le système de santé ressemble à un bassin qui déborde. On s'empresse d'éponger l'inondation. Maladroitement et dans la bousculade. Or, la fuite d'eau se situe au robinet d'alimentation. Au lieu de s'agiter en aval, il faut donc agir en amont. On s'en rend bien compte. Cela paraît même évident. Mais, semble-t-il, on a surtout peur du plombier. Car, on le sent confusément, la réparation n'est pas simple; elle va nécessiter des transformations de la tuyauterie, prise dans le ciment. Aussi, on préfère différer le plus longtemps possible les travaux nécessaires!

7.4. Groupe permanent d'études

Pour établir une politique cohérente de santé, dont les dimensions et les applications sont plurielles et doivent être adaptées aux lieux et aux circonstances d'une Helvétie diverse, un groupe permanent d'études en matière de santé est à constituer. Convenablement utilisée, la recherche en services de santé est, pour un faible investissement, d'une grande rentabilité. C'est pourquoi je propose de créer un groupe permanent d'études et de coordination, afin de poursuivre les recherches financées par le FNRS. L'intégration des données dans les politiques fédérale et cantonales importe. Il serait inadmissible de «tiroiriser» des résultats parce qu'ils dérangent; car, s'il est une certitude, c'est que certains éclairages, par les résultats des projets financés par le Fonds national, créeront des surprises; notamment chez ceux qui croient pouvoir élaborer une politique avec des «effets de manche» et des incantations.

La constitution d'un tel groupe ne devrait pas représenter un important investissement. Il y a actuellement éparpillement de travaux multiples, parcellaires, occupant de nombreuses personnes dans des institutions hétérogènes. D'importants moyens financiers sont engagés, sans une efficacité satisfaisante. La tâche de ce groupe consisterait plus à fixer des objectifs, à coordonner les recherches sur le terrain, à faire fructifier les résultats dûment recueillis, à établir des comparaisons sur la base d'indicateurs, à préparer les décisions. L'autonomie intellectuelle de ce groupe est indispensable à un travail de qualité, à l'élaboration de scénarios alternatifs, à la hauteur de vue. Pour assurer un passage efficace de la formulation de propositions aux réalisations pratiques, il y aurait intérêt à relier ce groupe à une instance assumant des responsabilités directes; par exemple la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires.

Cette suggestion est bien sûr à discuter. En tout cas, il s'agit d'éviter un hiatus entre le financement de plusieurs projets par le FNRS et les applications possibles issues des recherches. Ce moyen en vue d'une évaluation efficace est une question – non de financement – mais de volonté politique.

7.5. Réappropriation la santé¹⁰

Une organisation efficace de la santé doit correspondre à un service à la population. Une gestion économe est compatible avec une option de qualité de vie en société. Les soins à domicile en sont un exemple patent. Mais pour atteindre ce but, il faut «réappropriation la santé». Car on ne règle pas par l'arithmétique ce qui relève des valeurs.

Résumé

Information et évaluation – Base pour un système de santé efficace

Après des considérations fondamentales sur l'approche objective et scientifique de la réalité sociale (utilisant pour cela une allégorie de la forme géométrique du cube), l'auteur rappelle la complexité du domaine de la santé, ses multiples acteurs et les jugements de valeurs qui le sous-tendent. Il insiste sur l'importance d'une information et d'une évaluation suffisantes, qui évitent le parcellaire, le partial ou la substitution des faits par des «incantations». Le Programme national de recherche No. 8, par les divers projets dont il assure le financement, doit permettre la constitution d'un système d'informations fiables, la construction d'indicateurs adéquats et la mise en place d'un réseau de renseignements à l'échelon du pays, afin de parvenir à la «transparence» nécessaire.

Les faits marquants du développement des services de santé et des coûts qui leur correspondent, au cours de ce siècle et plus particulièrement des trois dernières décennies, sont rappelés. L'auteur illustre ensuite les questions que pose la collecte, l'analyse et l'utilisation de données pertinentes sur l'évolution des systèmes de santé par trois exemples:

- Les raisons de la forte augmentation des dépenses hospitalières sont connues. Leur étude démontre qu'une meilleure gestion, aussi souhaitable qu'elle soit, ne résoudra pas les problèmes actuels: d'une part, pour deux cinquièmes, la croissance annuelle entre 1950 et 1975 a des causes extrinsèques, l'inflation notamment; d'autre part, s'agissant des facteurs intrinsèques, la moitié de l'accroissement est dû à la composante «personnel»; celle-ci n'est pas aisément maîtrisable; par ailleurs, elle représente un indicateur qualitatif. Une critique pertinente doit donc concerner moins la gestion hospitalière que l'hospitalo-centrisme.
- La démographie médicale est actuellement très discutée, même si l'annonce de l'augmentation importante du nombre de médecins au début des années 1970 a suscité peu de réactions. Parler de pléthore ressortit en partie à des jugements de valeur. Cependant, la progression attendue de la densité de médecins praticiens est forte (triplement probable entre 1975 et 2010).
- Les soins à domicile représentent une possibilité très intéressante, humainement satisfaisante et économique, de substitution partielle à l'institutionnalisation de patients chroniques en établissements médico-sociaux. Les modes de financement actuels toutefois ne favorisent pas ce type de prise en charge. Une étude faite dès 1979 au Centre lausannois de soins à domicile (CLSAD) apporte à cet égard des enseignements lourds de signification pour le futur: ce service évite l'hospitalisation ou le placement de 200 malades environ, et la seule charge de la dette de l'établissement qu'il faudrait construire pour les héberger coûterait aussi cher que

¹⁰ Titre de la postface à «Assurances sociales, une sécurité pour qui?», Knüsel et Zurita, Institut de science politique, Université de Lausanne, 1979.

le fonctionnement du CLSAD. Le maintien à domicile (y compris honoraires médicaux et autres frais) apparaît quatre fois meilleur marché que l'institutionnalisation.

L'auteur conclut en insistant sur le besoin de rechercher une efficacité allocative (et non seulement productive), de passer de l'explosion des coûts à l'implosion des ressources, en donnant une priorité explicite aux investissements en personnels qualifiés. Pour une préparation cohérente des décisions, il appelle de ses vœux la constitution, par l'intermédiaire des travaux que permettra le PNR 8, d'un groupe permanent d'études sur les services de santé.

Zusammenfassung

Information und Evaluation – Grundlagen einer wirksamen Gesundheitsbetreuung

Die Komplexität des Gesundheitswesens mit seinen vielen Beteiligten und deren verschiedenen Ansichten wird anhand eines allegorischen Vergleichs mit der Gestalt des Würfels dargestellt. Für die Bewältigung der Probleme sind ausreichende Informationen unerlässlich, welche nicht in Einzelheiten steckenbleiben oder Tatsachen durch Wunschvorstellungen ersetzen. Das Nationale Forschungsprogramm No. 8 (NFP 8) wird durch die Finanzierung verschiedener Projekte zur Erarbeitung sinnvoller Indikatoren und zum Aufbau eines landesweiten, zuverlässigen Informationssystems beitragen, das die dringend benötigte Transparenz des Gesundheitswesens ermöglichen wird.

Nach einer Übersicht über die wichtigsten Entwicklungen der Gesundheitsversorgung und ihrer Kostenfolge werden die Probleme der Gewinnung, Analyse und Nutzung wichtiger Daten zum Verfolgen der weiteren Entwicklung an drei Beispielen illustriert:

- Die Ursachen der starken Zunahme der Aufwendungen für Spitäler sind bekannt. Eine verbesserte Organisation – wie wünschbar sie auch sei – wird erfahrungsgemäss dieses brennende Problem nicht endgültig lösen können. Zwei Fünftel der Zunahme zwischen 1950 und 1975 ist durch äussere Ursachen – vor allem durch die Inflation – bedingt, der Rest ist zur Hälfte auf die Zunahme der Personalkosten zurückzuführen, welche ebenfalls nicht durch «interne» Massnahmen in den Griff zu bekommen sind. Die Kostensteigerung war daneben auch von echten Verbesserungen der medizinischen Versorgung begleitet. Kritik, die wesentlich sein soll, muss deshalb weniger die Spitaladministration selbst, als vielmehr die übermässige Ausrichtung der Versorgung auf das Spital betreffen.
- Viel diskutiert wird gegenwärtig die zahlenmässige Entwicklung der Ärzteschaft, auch wenn die starke Erhöhung der Ärztedichte in den siebziger Jahren erstaunlich wenige konkrete Reaktionen hervorgerufen hat. Die zu erwartende Zunahme wird die bisherige Entwicklung aber noch übertreffen: Zwischen 1975 und 2010 ist eine Verdreifachung zu erwarten.
- Die Hauspflege ist eine sehr interessante, wirtschaftlich wie menschlich befriedigende, durch die Finanzierungsmodalitäten aber noch benachteiligte Alternative zur Betreuung Chronischkranker in medico-sozialen Zentren. Aus einer Studie des «Centre lausannois des soins à domicile» (CLSAD) lassen sich in dieser Beziehung bedeutungsvolle Lehren ziehen: Diese Dienststelle ersparte die stationäre Unterbringung von etwa 200 Kranken. Allein die Zinslast auf den Gebäuden, die dafür benötigt worden wären, hätte ebensoviel gekostet wie der gesamte Betrieb des CLSAD. Die Betreuung zu Hause, inklusive medizinische Versorgung, scheint viermal billiger als eine Institutionalisierung. Schliesslich wird die Notwendigkeit hervorgehoben, die allocative – und nicht nur die produktive – Wirksamkeit von Massnahmen zu erforschen, um von der «Kosten-Explosion» zu einer «Ressourcen-Impllosion» übergehen zu können. Priorität kommt dabei der

Ausbildung qualifizierter Fachkräfte zu. Durch die Arbeiten im Rahmen des NFP 8 sollte es möglich werden, eine Gruppe von Wissenschaftlern zu bilden, die auch in Zukunft diese Probleme bearbeiten und wichtige Entscheidungen vorbereiten könnte.

Summary

Information plus evaluation – Conditions for an effective health system

After basic considerations on the objective and scientific approach of social reality (using for this purpose the allegory of the geometric shape of the cube), the author recalls the complexity of the health field, its multiple actors and the value judgments in relation with it. He emphasizes the importance of sufficient information and evaluation, which avoids the fragmentary, the biased, or the substitution of facts by "incantations". The National Research Programme No. 8 of the Swiss National Science Foundation, through its various projects, should allow the constitution of valid information systems, the construction of adequate indicators and the setting up of a data network at the level of Switzerland, in order to arrive at the necessary "transparency".

The major facts in health services development and in regard to the corresponding costs during this century and especially over the last three decades are mentioned. The author then illustrates the issues related to gathering, analysis and use of relevant data on the evolution of health systems through three examples:

- The causes of the large increase in hospital costs are known. Their study shows that, as desirable as better management is, it is not going to solve present problems: on the one hand, this increase between 1950 and 1975 is for two thirds due to extrinsic factors, particularly inflation; on the other hand, as regards intrinsic factors, half of the added expense is due to the personnel component, which is quite difficult to check and which also represents an indicator of quality. A relevant critique therefore must aim primarily at reducing the current hospitalocentrism (more than at improving management).
- Medical demography is a much discussed topic in Switzerland and in Western Europe presently even if, in the early 1970's, the first communications in this regard evoked little reaction. To talk of "plethora" is indicative of a value judgment, yet, the marked coming increase in medical density is certain. (The number of practicing doctors shall probably triple between 1975 and 2010 in Switzerland.)
- Home care (medical and nursing) represents a very interesting, satisfying in human terms, and economical possibility for a partial replacement of nursing home care for chronic patients. Present financing (insurance) mechanisms however do not favour this alternative. A research undertaken since 1979 at the Lausanne Home Care Center (CLSAD) has given results with pregnant implications for future planning and action: this center avoids at any given moment the hospitalization or placement of about 200 patients, and just the interests of the debt corresponding to the nursing home one should otherwise build would be as high as the operating budget of the CLSAD. Maintenance and care at home (including medical fees and other expenditures) appears four times cheaper than institutionalization.

The author concludes in insisting on the need to search for allocative efficacy (rather than only productive efficacy) and to go from cost explosion to "resources implosion", while giving an explicit priority to investments in qualified personnel. He calls for the constitution, through the projects undertaken within the National Research Programme No. 8, of a permanent study group for health services research.