Recommandation 979 (1984)[1]

Avenir des structures de santé

Assemblée parlementaire

L'Assemblée,

1. Préoccupée par le fait que les dépenses pour la santé ont atteint un seuil au-delà duquel il en résulterait une charge considérable pour l'économie dans la période de croissance ralentie dans laquelle les pays de l'Europe occidentale semblent être entrés, et que, par conséquent, il conviendrait de contrôler cette évolution ;

2. Rappelant que la santé n'est plus considérée aujourd'hui comme une absence de maladie, comme ce fut le cas à travers les siècles, mais qu'elle est l'expression d'un état de bien-être généralisé avec toutes les conséquences que cela comporte sur l'organisation des structures sociales et sanitaires ;

3. Constatant qu'à part ce bouleversement dans les modes de pensée, il existe d'autres causes générales qui concourent à l'accroissement des dépenses, à savoir :

a. le vieillissement de la population - tendance qui ne peut que s'accentuer avec l'amélioration des conditions de vie et de travail, et avec l'arrivée des générations habituées dès l'âge actif à une médecine efficace et moderne ;

b. les accidents et maladies qui sont les séquelles des modes de vie des civilisations occidentales. Il s'agit entre autres : des accidents de la route, de travaux dangereux, de situations aliénantes comme celle par exemple du chômage continu ;

c. les progrès de la technologie médicale, qui non seulement ajoutent un appareillage très coûteux aux moyens déjà existants et avant même que ceux-ci soient amortis, mais ont des conséquences indirectes en augmentant le nombre et la durée des soins prolongés pour de nombreuses affections qui autrefois entraînaient un décès rapide ;

d. la tendance à la médicalisation de nombreux problèmes sociaux comme la toxicomanie, l'alcoolisme, les difficultés sexuelles, mais surtout la solitude des personnes âgées, qui, faute d'un soutien dans la cellule familiale, entraîne des hospitalisations ;

4. Constatant aussi qu'à ces causes qui affectent la « demande » viennent s'ajouter des facteurs qui tiennent à l'« offre » des soins, comme par exemple une augmentation sensible du nombre des médecins spécialistes dans la dernière décennie, le remplacement des institutions charitables par des établissements publics avec un personnel rémunéré normalement et enfin les exigences qui pèsent sur les gestionnaires des établissements hospitaliers qui tâchent d'augmenter les recettes en se souciant peu de l'impact des dépenses au niveau national ;

5. Considérant que, quelles que soient l'origine et la conception des divers systèmes nationaux de santé en vigueur dans les pays membres, ils présentent tous de plus en plus un caractère mixte ayant pour but de soustraire les couches modestes et salariées aux conséquences des lois du marché de nos sociétés libérales en leur assurant par ailleurs un minimum de protection. Ce principe de solidarité, qui constitue la base de la politique de santé, ne pourrait politiquement être mis en question ;

---

1. VoirDoc. 5167, rapport de la commission des questions sociales et de la santé Texte adopté par la Commission Permanente, agissant au nom de l'Assemblée, le 22 mars 1984.

6. Estimant que toute action pour une meilleure définition à la fois du cadre éthique de l'effort en faveur de la santé et de la rationalisation des structures devrait s'inspirer des principes et lignes directrices suivants :

a. les mesures de stabilisation des dépenses ne devraient pas affecter le maintien de la qualité des soins, ce qui est un aspect fondamental de la notion de solidarité, en particulier pour les maladies graves et pour les malades souffrant d'affections de longue durée, nécessitant des techniques élaborées et coûteuses ;

b. le médecin, qui est le principal agent du système de santé, doit veiller à ce que le patient reçoive les meilleurs soins possible. Le médecin ne peut se substituer aux pouvoirs publics pour faire prévaloir les intérêts de la société sur ceux de l'individu sans nuire aux relations de confiance entre le malade et lui ;

c. le droit aux soins suppose aussi qu'on s'acquitte de certains devoirs. La responsabilisation des individus doit se faire par la voie de l'éducation et pas par celle de la réprobation et de la culpabilisation en ce qui concerne les conséquences de certains comportements, entre autres la nutrition, le tabagisme, les boissons alcoolisées, la conduite sur route, la pratique de sports à risques et bien d'autres domaines de la vie sociale ;

d. actuellement la participation et le dialogue devraient trouver leur place dans un système de santé qui demeure essentiellement centralisé. Une décentralisation trop poussée pourrait entraîner des inégalités. Il conviendrait donc que des lois-cadres garantissent la même protection à tous les patients, tout en permettant, par certaines formes de décentralisation, plus de transparence dans les mécanismes de décision ;

e. la prévention est une notion qui doit être approfondie et développée, à condition d'augmenter son efficacité en visant des cibles précises. On devrait l'axer sur les points noirs de la vie moderne tels que la nutrition, la pollution, les logements inadéquats, le stress et la dépression, et non plus seulement sur les maladies infectieuses qui occupent une place si importante à l'heure actuelle. Les pouvoirs publics devraient être conscients qu'à court et à moyen terme, la prévention malgré des effets certainement bénéfiques n'est pas un moyen efficace de réduire les dépenses de santé, puisqu'elle les déplace plus qu'elle ne les résout ;

f. Convaincue qu'une diminution des dépenses de santé serait tout à fait irréaliste à l'heure actuelle, et que les politiques devraient viser à les stabiliser, voire à ralentir leur augmentation, et que l'on ne peut approcher le domaine de la santé avec les mêmes calculs de coût-efficacité que pour l'industrie ou l'agriculture par exemple ;

g. Reconnaissant qu'il n'existe ni de système modèle, ni de remède universel pour ralentir les dépenses de santé, mais un ensemble de mesures plus ou moins ponctuelles, parmi lesquelles chaque pays doit choisir celles qui conviendraient le mieux à ses structures démographiques et sociales ;

h. Prenant note du rapport de sa commission des questions sociales et de la santé (Doc. 5167), établi à la suite de l'Audition parlementaire sur l'économie de la santé qui s'est tenue les 25 et 26 octobre 1983, et gardant à l'esprit l'ensemble des travaux du Conseil de l'Europe dans le domaine de la santé et de la protection sociale, en particulier les dispositions de la Charte sociale européenne et du Code européen de sécurité sociale,

i. Recommande au Comité des Ministres :

1. d'inviter les gouvernements des Etats membres :

    1. à mettre à la disposition du corps sanitaire des systèmes d'information et des programmes sanitaires tels que l'évaluation des techniques médicales et les contrôles d'efficacité, en introduisant des indicateurs de qualité de la santé, afin de donner aux malades les soins nécessaires basés sur leurs propres besoins et sur l'évolution récente de la science d'une manière efficace tout en limitant les coûts à un seuil tolérable ;

    2. à développer et à rendre plus efficaces leurs programmes visant l'éducation, la formation et l'information, avec des programmes de promotion de la santé de la population, en veillant à ce que l'information médicale et sanitaire atteigne notamment les couches sociales les plus démunies et les plus vulnérables, ainsi qu'à développer les soins de santé primaires en augmentant la participation des citoyens et en rapprochant les systèmes sanitaires de la population ;

3. à établir un équilibre nécessaire entre promotion et prévention d'une part et soins hospitaliers, soins à domicile, soins hospitaliers et réhabilitation d'autre part, en développant surtout les soins de santé primaires, c'est-à-dire en renforçant le rôle du médecin omnipraticien connu comme le médecin de famille et ceci par la formation professionnelle ainsi que par le biais de la sécurité sociale ;

4. à envisager des réformes de l'enseignement des professionnels de la santé dans le domaine social et psychologique, afin de privilégier le dialogue entre soignant et soigné, pour que le malade puisse être un jour considéré comme l'auxiliaire de sa propre santé ;

5. à étudier la fonction que peuvent remplir positivement de nouvelles formules, telles que les « centres de santé », surtout en ce qui concerne les soins ambulatoires et l'autotraitement sous surveillance médicale ;

6. mettre en oeuvre des programmes qui encouragent l'individu à se prendre davantage en charge sur le plan de la santé, et qui garantissent aux personnes âgées la possibilité de vivre de manière autonome en dehors des institutions, grâce à des logements adaptés et à des services sociaux et médicaux assurés à domicile, ainsi qu'avec l'aide de la famille ;

j. de transmettre la présente recommandation à la prochaine Conférence des ministres européens de la Santé qui doit avoir lieu en avril 1985.