

Politiques de la santé

Thème No 3

Les pages qui suivent proposent une sélection de termes tirés de :

J.-P. Fragnière, R. Girod (Éds.), *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Réalités sociales, 2002 (2^e édition revue et augmentée).

L'objectif visé est de suggérer quelques notions et questionnements ouvrant des portes sur le thème indiqué, en guise d'introduction. Il ne s'agit pas de considérer ce qui suit comme une liste de définitions figées et définitives, mais comme un instrument permettant une première problématisation du sujet d'étude.

Le texte reproduit ici est un document de travail, il peut contenir quelques erreurs typographiques liées aux travaux de transcription, seul l'original fait foi

1

Politique de la santé - Droit à la santé - Médecine (Histoire de la) - Santé publique - Santé communautaire - Coûts de la santé - Inégalités sociales en matière de santé

2

Soins de santé primaires - Recherche épidémiologique - Prévention - Prévention secondaire - Prévention tertiaire - Médecine sociale et préventive - Réseau de soins - Réseau de soins (Organisation du) - Managed care (ou réseau de soins coordonnés) - Service médico-social

3

Assurance - maladie (AM) - Assurance - invalidité (AI) - Assurance - accidents - Caisses - maladie - Caisses-maladie (Fédérations cantonales des)

4

Organisation mondiale de la santé (OMS) - Politique de la santé (Société Suisse pour la) (SSPS/SGGP) - Fondation 19 - Fondation suisse pour la promotion de la santé

Termes présents dans le dictionnaire et non repris dans ce document

Espérance de vie ; Espérance de vie sans incapacité ; Santé de la reproduction ; Soins et aide à domicile ; Soins palliatifs ; Médicaments essentiels ; Médicaments génériques ; Médecine libérale ; Acharnement thérapeutique ; Qualité de vie ; Santé mentale ; Assurance-maladie et l'assurance- accidents (Article constitutionnel sur l') ; Assureurs-maladie Assureurs-maladie suisses (Santésuisse) ; Education pour la santé ; Soins (Continuité des) ; Réseaux de soins NOPS ; Organisme médico-social vaudois (OMSV) ; Information du patient ; Relation médecin - malade ; Secret médical ; Assurances privées.

Politique de la santé

La politique de la santé est un ensemble de mesures préventives et d'actions curatives visant à maintenir et promouvoir « un état de bien-être physique, mental et social » (OMS), à limiter les risques prévisibles ou, lors de leur survenance (maladie, accident, impotence), à soigner les « patients », les *guérir, ou soulager, ou accompagner*.

La santé, pour la philosophie grecque, est équilibre et harmonie, *emmerie* ou bon ordre, *eucrasie* ou bon mélange. Au *plan personnel*, la *santé* peut être considérée comme un fonctionnement idoine du corps et de l'esprit, une adaptation au milieu de vie. Cependant cette définition « positive » laisse place à la subjectivité et n'est pas opérationnelle. Aussi la santé est-elle généralement abordée de façon « indirecte » : une « absence de maladie et d'infirmité » (OMS), ou « négative » : décès prématuré évitable, maladie, accident, handicap.

L'épidémiologie identifie, par son approche, quatre *composantes* principales de la santé : *la biologie humaine* (génétique, physiologie, vieillissement); *l'environnement et les conditions de vie* (habitat, travail, alimentation, aspects physiques, sociaux, psychologiques); *le style de vie* (hygiène, comportements de consommation, loisirs); *l'organisation du système de santé* (prévention primaire — vaccins —, dépistage, médecine curative, réadaptation, soins palliatifs, ainsi que sécurité sociale, modes de financement, accès aux soins — et donc indirectement les disparités et inégalités d'accès).

Le domaine de la santé « réparatrice », qui n'a guère de frontières, est d'une vaste complexité. *Les champs, les acteurs et les personnels y* sont multiples : médecine, soins infirmiers, prévention, administration et technique dans les secteurs ambulatoire, hospitalier, d'hébergement médico-social et de maintien à domicile, fabrication et commerce de produits pharmaceutiques et d'appareils médicaux, construction d'établissements de soins, enseignement et recherche scientifique, etc.

Au *plan collectif de la santé publique*, la décision, l'organisation, la planification, le pilotage, la surveillance, l'arbitrage et, le cas échéant, la sanction — c'est-à-dire *la politique de la santé* — relèvent essentiellement des *pouvoirs publics* (en Suisse, les niveaux Confédération, cantons et communes); ceux-ci tiennent compte des rapports de force, débats parlementaires et groupes de pression.

Les objectifs de la politique de la santé « réparatrice » sont la lutte contre la mort, la réduction de la morbidité, la guérison, ou le soulagement, ou l'accompagnement des personnes handicapées ou en fin de vie.

L'évaluation politique et scientifique prend en compte les effets — réels et attendus — *et les moyens d'action* — présents et espérés (prospective). D'où une batterie *d'indicateurs sanitaires*. La démographie fournit deux évaluateurs indirects : la *mortalité infantile* (en Suisse : 180 ‰ en 1880, 32 ‰ en 1950, moins de 5 ‰ en 2000) et *l'espérance de vie* (à la naissance) : 42 ans en 1880, 68 ans en 1950, 79 ans en 1997 (75 ans pour le sexe masculin, 82 ans pour le sexe féminin), et peut-être 85 ans vers 2050 ?

Le coût du système de santé est devenu une préoccupation. La santé n'a pas de prix, mais elle a un budget. En Suisse, la quote-part est de 3,5 % du PIB vers 1950, d'environ 11 % en 2000, plus demain avec le vieillissement inéluctable de la population, ainsi que les progrès de la médecine et des sciences qui l'accompagnent. En 1998, plus de la moitié du coût est affectée à l'hospitalisation et à l'hébergement médico-social (vieillards, handicapés), un quart aux honoraires des médecins et dentistes, 1/12 pour les produits pharmaceutiques, 1/12 pour les tâches de l'État et des assurances, et la portion congrue (2 %) pour les soins à domicile, etc. *Le financement* passe pour plus de moitié par les diverses assurances, un cinquième par les pouvoirs publics (plus d'un quart avec les subventions), plus d'un quart pour le paiement direct des ménages, (médicaments sans ordonnance, dentiste, frais hôteliers en établissements pour malades de longue durée), etc. Montants qui financent des *emplois* : 3,5 % des actifs vers 1950, 10-11 % probablement en 2000 (évolution similaire à celle du coût relatif au PIB).

L'éthique prend une importance croissante. La santé fait l'objet de surenchère et de dérive: surconsommation, surprestation, mercantilisation; et les percées technologiques peuvent entraîner des bienfaits comme des abus. La *logique des moyens*, à laquelle notre société est impérativement tenue, jamais ne doit faire oublier les *finalités* : *plus que des années à la vie, ajouter de la vie aux années*.

Sites Internet : <http://www.admin.ch/bag/f> — <http://www.sggp.ch/>

Voir : Coûts de la santé — Politique de la santé (Société suisse pour) (SSPS/SGGP) — Prévention — Recherche épidémiologique — Santé de la reproduction — Santé publique

Pierre Gilliard

Droit à la santé

Le « droit à la santé » est un concept controversé. Les uns le raillent en soutenant l'impossibilité de sa concrétisation. Les autres l'utilisent comme un cri de ralliement pour défendre la cause des droits des patients et prévenir l'introduction de mesures de rationnement. Il est donc important de tenter d'en dégager la signification et les limites et de préciser ses fondements légaux.

Dans une vision large, on peut décortiquer le droit à la santé en quatre prérogatives complémentaires, deux générales et deux spécifiques :

— le droit à l'information en matière de santé, à l'encontre des professionnels de la santé et de l'Etat. Il inclut notamment l'information sur les moyens de prévention et de promotion de la santé, sur les traitements disponibles et sur les risques pour la santé humaine ;

— le droit de participer aux décisions en matière de santé, non seulement comme patient, au niveau des décisions personnelles de soins, mais aussi comme citoyen, au niveau des politiques de santé et des autres choix affectant la santé humaine ;

— le droit de recevoir les soins que son état de santé requiert (soins nécessaires) ;

— le droit à une prise en charge financière des soins nécessaires ;

Le droit d'accès aux soins nécessaires et à leur prise en charge financière est garanti par la Constitution fédérale, par le biais du droit à des conditions minimales d'existence (art. 12), ainsi que par diverses Conventions internationales (notamment: Pacte de l'ONU, Convention sur les droits de l'enfant, Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine) dont la portée est toutefois variable. Il est consacré aussi dans diverses Constitutions cantonales (ex : BE, art. 29 ; NE, art. 13).

Le droit d'accès aux soins nécessaires est au surplus garanti par les législations sanitaires cantonales (ex : art. 16 loi VS), qui le limitent parfois aux établissements sanitaires reconnus d'intérêt public (ex : art. 20 loi VD). Ces dispositions légales donnent donc à chacun le droit d'obtenir les soins qu'exige son état de santé. Les contours précis de la notion de "soins nécessaires" sont toutefois difficiles à fixer ; elle inclut en principe tous les soins propres à éviter une atteinte à la vie ou une atteinte grave à l'intégrité physique ou psychique de la personne.

La prise en charge financière des soins nécessaires est assurée par la législation fédérale sur l'assurance-maladie, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Celle-ci soumet toutefois le remboursement à la triple condition que les prestations soient "efficaces, appropriées et économiques" (art. 32 LAMal). Le catalogue des prestations remboursées est constamment mis à jour pour tenir compte des progrès médicaux.

R. O. Guillod, D. Sprumont, « Le droit à la santé : un droit en émergence », in : *De la Constitution. Etudes en l'honneur de Jean-François Aubert*, Bâle, 1997, pp. 337ss

Voir : Assurance-maladie — Information du patient — Médicaments essentiels — Soins de santé primaires — Prévention

Olivier Guillod

Médecine (Histoire de la)

Vieille comme l'humanité, dans la mesure où on la conçoit comme une disposition technique visant à soulager la souffrance, fondée sur la propension quasi spontanée à la conservation de la vie de soi et de ses semblables, art et science à la fois, la médecine se définit aussi comme pratique au sein d'un contexte social et culturel où elle se déploie et s'incarne à travers différents acteurs socialement construits (le Médecin et les différentes catégories de soignants, le Malade,...), différents savoirs et techniques (la Science ou les para-sciences, les spécialités médicales...), différentes institutions (la Faculté, l'Hôpital, les corporations professionnelles, les systèmes d'assurances sociales, ...).

C'est à ce dernier titre qu'elle est susceptible d'une histoire qui ne la considère pas en son état actuel comme l'aboutissement inéluctable d'une dynamique de croissance spontanée des connaissances, dont découleraient tout naturellement aussi les pratiques et les institutions, mais comme le fruit complexe de l'évolution d'une discipline dont les valeurs et les contenus sont en interaction constante avec une pluralité de déterminants sociaux.

Or, une telle conception ne va pas de soi au sein de notre société contemporaine : elle constitue en réalité l'héritage de la « crise » de la médecine de la deuxième moitié du XXe siècle, dont les symptômes les plus marquant furent les critiques vigoureuses adressées au système de pouvoir représenté l'institution médicale après la deuxième guerre mondiale (les mouvements de l'antipsychiatrie en furent l'un des moments notables), parallèlement au soupçon grandissant portant sur l'efficacité de la médecine (les ouvrages de McKeown et Illich, notamment, connurent un grand retentissement dans le monde occidental lors de leur parution dans les années 1970). Cette « crise » sociale de la médecine, sans doute non résorbée aujourd'hui, accompagne comme leur ombre des bouleversements majeurs tant dans le domaine technique et thérapeutique (chirurgie, psychiatrie, révolution moléculaire), épidémiologique (émergence à l'échelle planétaire de maladies comme le sida), ou encore socio-économique et politique (rôle primordial des grandes compagnies pharmaceutiques dans les systèmes médicaux, explosion des coûts et crise des systèmes de financement de la santé). Aujourd'hui, plusieurs autres facteurs contribuent encore à façonner le tableau général de la médecine. Soulignons ainsi la prise en compte du patient comme protagoniste dans la gestion générale de la médecine ainsi que dans la prise de décision thérapeutique ; l'émergence au plan collectif des préoccupations bioéthiques, ainsi que, sur un plan plus général encore, le phénomène du pluralisme médical, lié à l'intensification des échanges de tous ordres au plan planétaire.

La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs et de leurs interactions permet de penser la complexité de la médecine et d'en mesurer sa dimension intrinsèquement communautaire. Elle souligne par ailleurs, la nécessité d'une histoire intégrée de la médecine, comme le montrent les récents développements, en Suisse et ailleurs, d'une telle discipline, qui s'allie aux sciences sociales et politiques dans l'examen critique de la « science médicale en contexte ».

R. V. Barras, « Le médecin, de 1880 à la fin du XXe siècle », in : L. Callebat (Éd.), *Histoire du médecin*, Flammarion, Paris, 1999, pp. 269-307. — T. McKeown, *The Role of Medicine*, Blackwell, Londres, 1976. — I. Illich, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Seuil, Paris, 1976. — B. J. Good, *Medicine, rationality and experience*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994. — H.-J. Rheinberger, « Beyond Nature and Culture : A Note on Medicine in : the Age of Molecular Biology », in : *Science in Context*, 8, 1995, pp. 249-263.

Site Internet : <http://www.hospvd.ch/public/instituts/iuhmsp/>

Voir : Acharnement thérapeutique — Assurance-maladie — Caisses-maladie — Coûts de la santé — Droit à la santé — Éthique — Médecine sociale et préventive — Médecine libérale

Vincent Barras

Santé publique

Une approche ou des programmes, sont dits de santé publique quand ils se réfèrent à la santé d'une collectivité et aux besoins correspondants ; il peut s'agir d'un canton ou pays, d'une classe d'âge, d'une catégorie professionnelle ou d'un groupe présentant un trait ou risque particulier. Selon l'*Institute of Medicine* des États-Unis, « la santé publique est ce que, en tant que société, nous faisons collectivement pour assurer des conditions de vie dans lesquelles les gens peuvent être en bonne santé ». Cela implique que nous devons entrer en contact et en relation avec tous les groupes dans la société.

Il incombe à la santé publique de considérer l'ensemble des paramètres relatifs à un problème donné, pour déterminer le type et la quantité de ressources à y consacrer et les répartir adéquatement entre prévention primaire, dépistage, traitement, réhabilitation ; ceci en tenant compte des facteurs scientifiques, médicaux (qualité des soins), éthiques, économiques (efficacité), civiques (équité, solidarité). La qualité des décisions découle de l'appréciation, difficile, du « poids » de ce problème (maladie, accident, handicap), en termes d'années de vie perdues ou gagnées et de qualité de vie, de soins

hospitaliers ou ambulatoires requis, de souffrances individuelles. De plus en plus ces questions méritent des débats faisant participer tous les citoyens.

Par santé publique, on se réfère aussi aux services du même nom (qui sont en Suisse les ministères cantonaux de la santé), chargés de l'application de la législation pertinente, ainsi que, plus largement, au système de santé en général.

R. F. Gutzwiller, O. Jeanneret (Éds), *Médecine sociale et préventive - Santé publique*, Hans Huber, Berne, 1996. — J. Martin, *Pour la santé publique*, Réalités sociales, Lausanne, 1987.

Site Internet : <http://www.admin.ch/bag/f>

Voir : Prévention — Politique de la santé — Recherche épidémiologique — Réduction des risques (Aide à la survie) — Santé communautaire — Santé de la reproduction

Jean Martin

Santé communautaire

La santé communautaire a comme objet le maintien et l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures préventives, curatives et de réadaptation, couplées à des mesures d'ordre social et politique par des équipes pluridisciplinaires travaillant en réseau et faisant largement appel à la participation active de la population.

Cette participation communautaire implique :

- l'apport de la communauté aux stratégies et politiques globales de santé ;
- l'engagement de la communauté à la planification et à la gestion des services de santé ;
- l'organisation des services de santé en réseau permettant un accès facile à tout membre de la communauté.

Il en découle que, dans une perspective communautaire, l'identification des besoins sanitaires de la communauté est une étape importante qui exige la participation de la population, par exemple sous forme de consensus. D'autres éléments importants de l'approche communautaire d'une problématique de santé sont notamment :

- la communication sociale : elle implique le partage d'informations, d'expériences, de vécus entre professionnels de santé et population en vue de l'amélioration des liens sociaux ;
- la conscientisation de la population concernant son rôle : elle implique une dialectique entre une réflexion critique sur les conditions de vie, leurs causes et conséquences, les stratégies technocratiques et participatives et l'action subséquente ;
- l'éducation pour la santé : elle implique l'intervention qui vise non seulement le changement de comportements individuels néfastes à la santé, mais aussi le changement social facilitant le changement de comportements individuels ;
- l'évaluation des actions de santé : elle implique une approche critique à tous les niveaux d'une action ; l'évaluation s'intéresse dès lors aussi bien au questionnement sur les besoins des résultats que du processus lui-même.

De fait, l'approche de la santé dans une perspective communautaire implique l'établissement d'une dynamique sociale au sein de la communauté où le processus démocratique est le point charnière.

R. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation*, Centre International de l'Enfance, Paris, 1990, pp.95-178.

Voir : Coûts de la santé — Education pour la santé — Politique de la santé — Santé publique — Sécurité sociale — Soins de santé primaires

Philippe Chastonay

Coûts de la santé

Ce sont les ressources directement dépensées pour l'exécution d'activités qui visent la promotion et la sauvegarde de la santé, la prévention, les soins et la réhabilitation sanitaires. Le coût global du secteur sanitaire est généralement exprimé en pourcentage du Produit Intérieur Brut (1998, estimation pour la Suisse = ~ 10,3 %), ou bien sous forme de valeur monétaire dépensée en moyenne par tête d'habitant.

Le coût global est d'habitude ventilé (entre [] les ordres de grandeur pour la Suisse) selon les agents de production (établissements intra-muros [53 %], soins ambulatoires [40 %], assurances sociales et État [7 %]), ou en fonction de la nature des biens et des services consommés (soins intra-muros [47 %], soins ambulatoires [35 %], médicaments [11 %], prévention [1,5 %] et administration [5,5 %]). La dépense sanitaire totale est contrôlée, directement ou indirectement, par les professionnels de la santé à hauteur de 80-90 %.

Le financement de la dépense sanitaire est ventilé selon les agents payeurs (caisses-maladie et autres assurances, ménages et collectivités publiques) ou en fonction des agents qui supportent réellement la charge économique (ménages [66 %], collectivités publiques [24 %], autres [10 %]). En réalité environ 90 % de la dépense sanitaire est supporté par les ménages sous forme de cotisations aux caisses et aux assurances, paiements directs et impôts.

La comparaison internationale des dépenses de santé requiert une grande prudence car la délimitation du secteur sanitaire peut varier d'un pays à l'autre comme d'ailleurs les prix et les salaires.

Par définition comptable, la dépense sanitaire est égale aux revenus encaissés par les fournisseurs de prestations. Dès lors, l'objectif prioritaire de la maîtrise des coûts de la santé ne pourra être poursuivi que dans le cadre d'un conflit entre ceux dont le revenu dépend de l'administration des soins et ceux qui doivent les payer (Evans).

R. R. Rossel, *Coûts du système de santé : évolution durant la période 1960 à 1995 et résultats détaillés récents*, Office fédéral de la statistique, Berne, 1998. — G. Domenighetti, P. Zweifel, «Les politiques de santé : incitation économique et contrainte légale», in : F. Gutzwiller, O. Jeanneret, (Éds) *Médecine sociale et préventive, Santé publique*, Hans Huber, Berne, 1996, pp. 200-220. — *La réforme des systèmes de santé : étude de dix-sept pays de l'OCDE/Organisation de coopération et de développement économiques*, OCDE, Paris, 1994.

Voix : Assurance-maladie (AM) — Budget social — Caisses-maladie — Enveloppe budgétaire — Managed care (ou réseau de soins coordonnés) — Médicaments génériques — Santé publique — Statistique sociale — Soins de santé primaires

Gianfranco Domenighetti

Inégalités sociales en matière de santé

Les catégories socio-économiques présentent des différences notables à cet égard : être socialement défavorisé entraîne une morbidité accrue (plus de risques de tomber malade) et une mortalité plus élevée (espérance de vie moindre). C'est en Grande-Bretagne que ces variations ont été d'abord mises en évidence, puis des observations semblables ont été faites partout où des études appropriées ont été conduites, y compris en Suisse. En France, pour la période 1976-1980, l'espérance de vie (supplémentaire) à l'âge de 35 ans était de 41 à 43 ans pour les enseignants, cadres et professions libérales, alors qu'elle n'était que de 34,3 années pour les manœuvres. À Montréal, au Canada, l'espérance de vie à la naissance était en 1976 de 68 ans pour les habitants des quartiers pauvres et de 75 ans pour ceux des secteurs les plus aisés. Dans une enquête suisse portant sur la période 1979-1982, la mortalité par cancer bronchique chez les hommes de 30 à 49 ans passe de 40 chez les dirigeants et professions libérales à 145 chez les ouvriers. Il y a des différences comparables pour la mortalité liée à l'ensemble des cancers. Le risque de tumeur génitale est plus grand chez les femmes de conditions plus modestes. En plus d'autres facteurs liés au statut socio-économique (sexualité, hygiène, grossesses), un suivi médical moins régulier joue probablement un rôle. Ces différences vis-à-vis de la santé, de la maladie et de la mort sont constantes et généralisées. Il n'y a pas de moyen aisé de les corriger et elles doivent retenir l'attention des responsables politiques en général, afin d'en atténuer autant que possible l'intensité.

R. V. Beer e.a. «Social class gradients...», in : *Social Science and Medicine* 37, 1993, pp. 1011-1018. — P. Lehmann et coll., «Les inégalités sociales face à la santé et la maladie en Suisse», in : *Cahiers médico-sociaux* 32, 1988, pp. 3-59.

Voix : Espérance de vie — Inégalités sociales — Médecine sociale et préventive — Politique de la santé

Jean Martin

2

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire. Ils comprennent au minimum: une éducation concernant les problèmes de santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels. (Extraits de la définition de Alma Ata).

Voir : Coûts de la santé — Droit à la santé — Médicaments essentiels — Santé communautaire

Jacques Martin

Recherche épidémiologique

Discipline qui se propose d'évaluer l'influence de divers facteurs (tels que sexe, âge, état civil, scolarité, profession, mode de vie, habitudes comportementales, milieu social, économique ou culturel) sur la fréquence, la distribution et l'étiologie des maladies aiguës, chroniques, invalidantes, létales, ou de tout autre événement potentiellement lié à la santé (accident, suicide, etc.) dans la population générale ou dans une classe de population donnée (par exemple : écoliers, apprentis, étudiants, femmes au foyer, chômeurs, personnes âgées, retraitées, veuves ou institutionnalisées).

Tenant compte des relations soumises à l'étude, le plan de la recherche précise les variables qu'il faut observer, ainsi que les méthodes statistiques requises pour une analyse conclusive des résultats.

La recherche épidémiologique fournit les bases scientifiques sur lesquelles s'appuient les autorités concernées (Département de la Santé Publique, Services médico-sociaux, Services de soins à domicile, Institutions hospitalières, etc.) pour le développement et la mise en place de mesures efficaces de prévention et/ou de traitement visant à une meilleure maîtrise de la situation et même, si possible, à la résolution du problème.

R. A. Manuila, L. Manuila, M. Nicole, H. Lambert, *Dictionnaire français de médecine et de biologie en quatre volumes*, Masson, Paris, 1970-1975.

Voir : Démographie — Estimation statistique — Mode de vie — Prévention — Risque — Santé publique — Sondage.

Bernard Grab

Prévention

Ce terme fait partie intégrante du langage actuel, tant dans le domaine de la santé que de l'action sociale. Son champ recouvre deux sens principaux, ceux de *devancer* et d'*avertir*. Les spécialistes regroupent sous ce concept toutes les mesures visant à améliorer la santé publique ou, plus généralement, la qualité de la vie. Les objectifs visés devraient être atteints, soit en modifiant les conditions générales de l'environnement (conception globalisante), soit en cherchant à obtenir des changements dans les comportements individuels (conception restreinte). Que cherche-t-on à prévenir et quels moyens est-on prêt à consentir pour atteindre les objectifs fixés ? Les tiraillements existants entre ces deux orientations divisent les praticiens comme les théoriciens autour d'un enjeu politique de taille : mettre l'accent sur l'environnement ou sur les comportements individuels entraîne une responsabilité sociétale bien différente. Par ailleurs se posent les questions relatives à la contrainte et aux mesures de contrôle social que nécessite une politique globale de prévention.

L'OMS décompose la prévention sur trois niveaux : la *prévention primaire* dont l'action entend sensibiliser l'individu aux avantages du bien-être ou aux risques de certains comportements avant qu'ils n'existent ; la *prévention secondaire* qui entend enrayer un processus ou l'aggravation d'une situation déjà détériorée ; la *prévention tertiaire* qui cherche à éviter un ancrage ou une rechute.

Les mesures nécessitées par une action préventive peuvent être spécifiques en visant un comportement, un problème, ou non spécifiques en cherchant à atteindre un objectif par une action indirecte. Le dilemme de la prévention se perçoit au travers des limites de son action qui oscillent toujours entre deux termes : s'éloigner de la répression et se distancer de l'information. La prévention ne peut assimiler la répression qui constitue la marque de son échec, pas plus qu'elle ne peut se limiter à l'information qui est une de ses composantes mais trop souvent la seule développée.

Les tendances récentes montrent une globalisation de la perspective face aux problèmes affrontés. Il est de plus en plus question de conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme, boulimie, anorexie, tentatives de suicide, etc.) qui constituent autant de réponses spécifiques des individus face à leur incapacité à utiliser les ressources dont ils disposent pour affronter les situations difficiles de notre civilisation. Ces comportements autodommageables ou autodestructeurs peuvent se lire sur un continuum qui va du « normal » (toléré) au pathologique (réprimé ou soigné). Malgré une similarité dans les causes, ils nécessitent une intervention spécifique laquelle devrait être impérativement coordonnée entre les différents spécialistes auxquels il est fait appel. La difficulté demeure toutefois l'offre d'alternatives crédibles pour les intéressés.

R. J.-D. Boegli, *L'éducation pour la santé à l'école*, LEP, Lausanne, 1990. — R. Knüsel, *Mieux vaut guérir que prévenir*, Réalités sociales, Lausanne, 1991.

Voix : Abus sexuels — Alcoolisme — Délinquance — Fondation 19 - Fondation suisse pour la promotion de la santé — Organisation mondiale de la santé (OMS) — Précaution (Principe de) Prévention secondaire — Prévention tertiaire — Réduction des risques (Aide à la survie) — Sida - VIH — Toxicomanie

René Knüsel

Prévention secondaire

La prévention secondaire d'une maladie ou d'un problème social consiste à poser un diagnostic précoce afin de proposer des mesures au plus tôt et d'éviter ainsi une aggravation du phénomène. S'adressant à des personnes fragiles, à risque, et non à toute la population (prévention primaire), ces mesures englobent également une action sur le contexte favorisant l'apparition du problème. En matière de toxicomanie par exemple, on cherchera à repérer les jeunes en difficulté et les situations à risques pour éviter que ne se produise le passage d'une consommation sporadique à une consommation régulière, voire une dépendance. Certains auteurs contestent la distinction entre prévention primaire et secondaire préférant les concepts de prévention spécifique ou non spécifique.

R. H. Fahrenkrug, J. Reh m, R. Müller, H. Klingemann, R. Linder, *Drogues illégales en Suisse 1991-1993*, Seismo, Zurich, 1995 (chapitre 4, pp. 55-96).

Voix : Alcoolisme — Prévention — Toxicomanie

Geneviève Ziegler

Prévention tertiaire

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévention tertiaire consiste à donner des soins, à prévenir la rechute et à favoriser la réinsertion des malades.

La prévention tertiaire s'adresse donc à des personnes qui présentent des difficultés ou des risques du fait d'une maladie ou d'un problème social. Il s'agira par exemple, dans un cas d'infarctus, de faire en sorte que la personne adopte un rythme de vie, des comportements sociaux et alimentaires et/ou une médication qui diminuent le risque de nouvel infarctus.

La notion de prévention tertiaire est particulièrement utilisée dans le cadre des problèmes d'abus de substances. Au niveau de la toxicodépendance aux produits stupéfiants, le réseau préventif tertiaire s'est fortement étoffé depuis l'apparition du VIH/SIDA.

Voix : Alcoolisme — Organisation mondiale de la santé (OMS) — Prévention — Prévention secondaire — Réduction des risques (Aide à la survie) — Sida - VIH — Toxicomanie

Médecine sociale et préventive

La médecine sociale et préventive a comme objet l'action préventive visant l'amélioration de la santé des individus et des populations en se basant sur :

— l'étude des problèmes de santé dans leur complexité bio-psycho-sociale (y compris donc l'étude des facteurs sociaux et communautaires de risque d'atteinte à la santé) et l'étude du fonctionnement des services de santé (y compris, par exemple, leur degré d'accessibilité pour divers sous-groupes de la population).

Plus précisément, la médecine sociale et préventive veillera à :

— identifier les besoins de santé de la population (ex : identifier les problèmes prioritaires de santé, identifier les grandes causes de mortalité) ;

— identifier les déterminants sociaux de la santé (ex. : identifier les taux de morbidité différentiels) ;

— identifier les déterminants des différences sociales, y compris les facteurs de risque des maladies chroniques (ex.: identifier les facteurs d'inégalité devant la santé, identifier les contextes environnementaux influençant la santé) ;

— caractériser le rôle des soins médicaux dans leur santé (ex. : faire l'analyse des déterminants de santé selon McKeown) ;

— déterminer le rôle des divers services de santé dans la prise en charge des individus et de la population (ex. : caractériser la place des services de soin versus les actions de prévention) ;

— établir l'adéquation/inadéquation entre problèmes prioritaires de santé et actions mises en œuvre (ex. : établir l'impact d'une mesure de prévention sur un problème de santé donné) ;

— identifier les enjeux économiques de la santé (ex. : établir l'évolution du prix de la santé) ;

— caractériser la dimension collective des choix individuels (ex. : établir la couverture vaccinale d'une population) ;

— établir les enjeux socio-sanitaires de l'assurance sociale et de la santé au travail ;

— déterminer et caractériser les actions de prévention (ex. : caractériser une action de prévention de niveau primaire, de niveau secondaire et de niveau tertiaire) ;

— identifier l'impact possible des actions de prévention sur des problèmes prioritaires de santé (ex. : tabagisme, accidents, suicides, alcoolisme) ;

— identifier les possibilités et les limites des actions de prévention (ex. : identifier les problèmes techniques d'un test de dépistage) ;

— identifier et caractériser les stratégies de prévention (ex. : établir la place d'une stratégie à haut risque versus celle d'une stratégie populationnelle) ;

— identifier les enjeux éthiques, sociaux et juridiques de la prévention et de la promotion de la santé (ex. : identifier les directives éthiques à considérer dans une campagne de dépistage) ;

— établir un plan de lutte contre les maladies transmissibles (ex. : investiguer une épidémie) ;

— planifier une action de prévention ou de promotion de la santé (ex. : fixer les objectifs d'un programme d'éducation à la santé) ;

— établir la place d'un entretien et le rôle d'autres instances de santé dans les actions de prévention (ex. : identifier des collaborations entre acteurs de la prévention dans une campagne de promotion de la santé).

R. D. Clark, « A vocabulary for preventive and community medicine », in : D. Clark, B. Mac Mahon (Éds), *Preventive and Community medicine*, Little Brown, Boston, 1981, pp.3-15.

Voix : Éducation pour la santé — Coûts de la santé — Planning familial — Prévention — Santé publique — Sécurité sociale — Sida-VIH

Philippe Chastonay

Réseau de soins

De façon générale, un réseau est une forme d'organisation de l'activité productive qui -quel que soit le secteur, notamment industriel- repose sur la coopération entre des producteurs à la fois autonomes et liés par des engagements réciproques. Cette configuration permet d'obtenir de la stabilité grâce aux engagements, et de la flexibilité grâce à l'autonomie, chaque composante collaborant avec les autres composantes en fonction des besoins fluctuants de l'activité. Cette flexibilité, qui fait du réseau un dispositif à géométrie variable, permet d'utiliser au mieux les moyens et compétences des composantes.

Dans le secteur sanitaire, le recours au réseau s'explique par l'évolution des problèmes auxquels le secteur se trouve confronté. En premier lieu, on peut citer la transformation de la structure de la morbidité qui, du fait en particulier du vieillissement de la population, tend à renforcer la part des pathologies chroniques.

En second lieu, le déséquilibre entre une spécialisation forte et continue de l'activité médicale, et des mécanismes de coordination limités entre les différents intervenants. En troisième lieu, le contexte économique qui exerce une forte pression pour que le secteur de la santé accentue son efficacité, c'est-à-dire soit plus attentif aux ressources qu'il utilise pour produire les services qu'il fournit à la population.

Grâce à une meilleure coordination, les réseaux de soins devraient permettre, d'une part l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (continuité, cohérence, globalité, « protocolisation »), et d'autre part, une rationalisation de l'usage des ressources (réduction des redondances, économies d'échelle). Cette coordination ne repose pas sur l'autorité d'un centre ; mais plutôt sur des principes de réciprocité, de proximité et de confiance entre les partenaires.

Pour parvenir à cette coopération et aux résultats qui lui sont associés, le réseau doit remplir un certain nombre de conditions. Des conditions techniques correspondant notamment aux exigences d'échange d'information que suppose la coordination. Des conditions sociales d'intéressement des acteurs, ces derniers doivent trouver des avantages pour s'engager dans la coopération. Des conditions culturelles qui amènent les acteurs à collaborer malgré des représentations, des préoccupations, des croyances différentes.

Ainsi, une véritable coopération nécessite des changements dans les comportements, les compétences, et les pratiques. Ces changements à leur tour nécessitent de l'information, de la formation, des transferts d'expérience et des expérimentations, c'est-à-dire des processus d'accompagnement du changement auxquels tous les acteurs doivent contribuer, et particulièrement les pouvoirs publics. En dépit de ces difficultés, le développement des réseaux de soins ne fait pas de doute parce qu'il n'y a pas beaucoup d'autres solutions pour réaliser la réorganisation dont le système sanitaire a besoin.

Site Internet :

Voir : Maneged care — Réseau de soins (Organisation du) — Réseau de soins NOPS — Soins (Continuité des)

Pierre Huard

Réseau de soins (Organisation du)

Forme d'organisation du secteur sanitaire basée sur la différenciation, la coordination et la régulation, le réseau de soins est une alternative à une organisation hiérarchique, et répond aux impératifs de flexibilité dictés par la complexité et l'interdépendance caractéristiques de ce secteur.

Il implique la coopération volontaire entre des établissements sanitaires et autres fournisseurs de prestations, ainsi que des objectifs partagés sur le plan de la gestion des ressources et des prises en charge. Il a donc un cadre juridique et administratif.

En principe, un réseau de soins offre une chaîne complète de prestations incluant des activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales, de réadaptation, activités relevant de prises en charges tant somatiques que psychiatriques.

Articulé à la planification sanitaire quantitative et qualitative, le réseau de soins vise à réduire les coûts de la santé tout en maintenant un pari de qualité : principes d'accessibilité, de continuité, de qualité, de sécurité des prestations de soins.

Exemple : les Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire du canton de Vaud (NOPS).

Sites Internet : —

Voir : Maneged care — Réseau de soins — Réseau de soins NOPS — Soins (Continuité des)

Managed care (ou réseau de soins coordonnés)

Il s'agit d'un système de gestion des prestations de soins, coordonné, qui a pour but de conjuguer une amélioration de la qualité des soins avec des coûts moins élevés. Il se caractérise par un contact étroit entre les fournisseurs de soins reconnus par le réseau et l'assureur. Les premiers acceptent des rémunérations moins élevées, mais ils bénéficient de la clientèle du réseau. Les assurés doivent en principe consulter le médecin généraliste avant les médecins spécialistes.

L'origine vient des Etats-Unis. Ce système est reconnu et appliqué en Suisse (cf. art. 41 al. 4 et 62 al. 1 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal, du 18 mars 1994).

R. A. Rilliet Howald, «Les réseaux de soins coordonnés ou le « managed care » : vers une nouvelle organisation des soins de santé ? », in : *Cahiers genevois et romands de sécurité sociale*, No 20-1998, pp. 57 ss.

Voïr : Assurance-maladie — Coûts de la santé

Pierre-Yves Greber

Service médico-social

Le terme de « service médico-social » couvre deux grands types d'institutions ambulatoires œuvrant dans le domaine sanitaire et social : les services spécialisés de ligues et associations et les services de soins et d'aide à domicile.

Il en résulte une relative ambiguïté de la définition du champ des prestations et des professionnels engagés. Une mise en perspective historique explique la diversité des réalités et des perceptions de l'intervention sociale que recouvre l'appellation.

I Aspects historiques

1. À Londres, Bordeaux, Paris en 1910-1915 apparaissent les premières infirmières visiteuses. Elles se donnent pour objectif de participer à la lutte contre la tuberculose, la mortalité infantile et au dépistage des maladies et des tares. De ce courant sont issues les ligues de santé luttant contre les maladies dites sociales. Bras exécutif de la médecine, à l'origine, les services médico-sociaux spécialisés ont développé dès les années 70 une approche pluridisciplinaire des problèmes.

2. Au début des années 70, l'accroissement des coûts de la santé a mis en évidence la nécessité de créer des services médico-sociaux extra-hospitaliers, appelés à faciliter le retour à domicile des patients. Selon les contingences historiques et régionales, ces services se sont constitués avec un statut juridique public ou privé. La construction initiale présentait sous diverses formes deux constantes : une logique allant de l'hôpital au domicile et un personnel de base essentiellement infirmier. Ce modèle s'est progressivement transformé pour développer sa propre approche des problèmes socio-sanitaires, dont les caractéristiques principales sont :

— Une logique allant du domicile à l'hôpital.

— Un système d'intervention pluridisciplinaire.

— Une action fondée sur une définition large de la santé (cf. définition OMS) dépassant le concept trop étroit de maladie.

II Situation actuelle

Les services médico-sociaux ne sont pas tous au même stade de développement et restent plus ou moins liés au modèle originel. Cependant, tous suivent les mêmes tendances.

1. Services spécialisés

— Glissement progressif du champ médical vers le social, la psychologie et le renforcement de l'action préventive.

— Professionnels engagés : assistants sociaux, éducateurs, psychologues, infirmières en santé publique.

2. Services généralistes d'aide et de soins à domicile

— Glissement de l'intervention curative vers une approche socio-sanitaire, sur la base d'un concept de santé élargi au champ relationnel, économique, voire culturel.

— Professionnels engagés : infirmières en santé publique, auxiliaires de la santé, aides familiales, aides au foyer, assistants sociaux, ergothérapeutes, diététiciennes.

Les prestations d'un service médico-social « généraliste » vont des soins infirmiers à l'aide au ménage, de l'ergothérapie à l'aide sociale, de l'éducation à la santé au service de repas à domicile, à la mise en place de permanences d'appel, ou encore à l'organisation de réseaux d'appui bénévoles. Les prestations devraient idéalement être assurées 24/24 heures et 7/7 jours.

Conclusion

L'histoire des services médico-sociaux spécialisés ou généralistes résume le rapport nécessaire et contesté du sanitaire et du social, la quête d'identité des professionnels concernés, et met en évidence les processus d'apprentissage d'un travail pluridisciplinaire plus orienté vers les besoins de la personne que vers la description clinique de ses déficiences.

Voix : Politique de la santé — Soins et aide à domicile

Simon Darioli

3

Assurance-maladie (AM)

Définition : L'assurance-maladie est l'un des piliers de la sécurité sociale. En Suisse, elle remplit une triple fonction :

- elle assure le remboursement des frais de soins ;
- elle prend en charge les prestations spécifiques de la maternité ;
- elle permet la couverture de la perte de gain due à l'incapacité de travail provoquée par la maladie ou la maternité.

Ces fonctions, l'assurance-maladie les partage avec d'autres assurances sociales : l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité, l'assurance militaire.

Rappel historique : En 1889, le Conseil fédéral propose un nouvel article 34bis introduisant l'assurance-maladie et accidents dans la Constitution fédérale, qui, modifié par l'Assemblée fédérale, est largement approuvé par le peuple et les cantons le 26 octobre 1890. Une première loi, la Lex Forrer, prévoit l'affiliation obligatoire pour les salariés jusqu'à un certain revenu, couvre les frais médicaux et garantit une indemnité journalière (60 % du salaire pendant 1 année). Adoptée à une large majorité par le Parlement fédéral, elle est rejetée par le peuple en votation référendaire le 20 mai 1900.

La loi sur l'assurance-maladie — LAMA — du 13 juin 1911, passe de peu devant le peuple suisse. De portée réduite en comparaison de la Lex Forrer, elle est considérée d'abord comme une loi de subventionnement des caisses-maladie reconnues qui se voient imposer des obligations minimales.

La seule révision de 1964 apporte plusieurs améliorations significatives. Notamment, elle interdit aux caisses-maladie de refuser des candidats pour cause de mauvaise santé, avec l'instauration, en contrepartie, des réserves médicales, fait un petit pas envers le libre-passage d'une caisse à l'autre, clarifie et renforce la définition des prestations à charge des caisses-maladie, instaure diverses mesures relatives aux cotisations et aux subsides fédéraux, fixe le droit pour les assurés de recourir contre les décisions de leur caisse auprès des tribunaux des assurances (jusqu'ici devant les tribunaux civils).

De 1964 à 1994, deux projets fédéraux de loi et trois initiatives populaires sont rejetés en votations populaires. Plusieurs modèles conçus par des experts contribuent à préparer la législation actuelle.

Le Parlement fédéral tente de résoudre par voie d'arrêtés urgents (AFU) les dysfonctionnements touchant en particulier l'évolution des coûts et des cotisations.

La LAMal — Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994

L'objectif premier de la LAMal vise à garantir à chacun l'accès à des soins de haut niveau pour un coût supportable. Cet objectif se réalise par un ensemble de moyens complémentaires : la solidarité entre assurés grâce à l'obligation généralisée d'assurance, à la prime unique par caisse (quelque soit l'âge ou le sexe), et à la création (pour 10 ans) d'un système de péréquation entre assureurs, le libre passage intégral d'une caisse à l'autre, à n'importe quel âge, sans réserve médicale ni droit d'entrée, l'extension du catalogue des prestations de l'assurance sociale (soins à domicile et en EMS, mesures préventives,

prestations de médecine alternative, etc.), la séparation nette entre l'assurance de base obligatoire et l'assurance complémentaire facultative, la maîtrise des coûts par la responsabilisation des assurés (franchises à option, réseau de santé ou HMO par exemple) et par la concurrence entre dispensateurs de soins, la réduction des primes avec un système de subsides aux personnes à revenu modeste.

R. *Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991.* — P. Gilliard (Éd.), *Assurance-maladie, Quelle révision ?*, Réalités sociales, Lausanne, 1990. — P.-Y. Greber, *Droit suisse de la sécurité sociale*, Réalités sociales, Lausanne, 1982.

Voix : Assurance-maladie et l'assurance-accidents (Article constitutionnel sur l') — Assureurs-maladie — Assureurs-maladie suisses (Concordat des) — Caisses-maladie — Caisses-maladie (Fédérations cantonales des) — Coûts de la santé — Prestations complémentaires (PC) — Sécurité sociale

Michel Surbeck

Assurance-invalidité (AI)

La loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 19 juin 1959 constitue l'une des principales lois de la sécurité sociale suisse. Elle est harmonisée et coordonnée avec la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS).

L'assurance-invalidité (AI), comme l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), est une assurance obligatoire pour toute personne ayant son domicile civil en Suisse, et pour celle qui y exerce une activité lucrative. L'AI favorise, dans la mesure du possible, la réadaptation ou la réinsertion de la personne handicapée dans la vie professionnelle.

Elle accorde des prestations aux assurés qui, par suite d'une atteinte à leur santé, sont totalement ou partiellement incapables d'exercer une activité lucrative ou leurs travaux habituels, et cela, probablement, d'une manière permanente ou de longue durée. Les assurés mineurs sont réputés invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura vraisemblablement pour conséquence, à l'âge adulte, une diminution de leur capacité de gain. Peu importe que l'invalidité soit de nature physique ou mentale ou qu'elle provienne d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'assurance-invalidité privilégie la réadaptation ou le reclassement professionnel des assurés par rapport à la rente. De ce fait, elle accorde des prestations sous forme de mesures médicales, de mesures professionnelles et, le cas échéant, d'indemnités journalières pendant l'application de ces mesures. Elle prend en charge la formation scolaire spéciale des enfants invalides et accorde des moyens auxiliaires, ainsi que des rentes et des allocations pour impotents.

Une rente AI n'est versée que si les mesures de réadaptation ne permettent pas d'atteindre, en totalité ou en partie, le but recherché, ou si elles n'ont, d'emblée, aucune chance de réussir. Le droit à ces prestations s'éteint au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge ouvrant le droit à la rente vieillesse. Outre, les prestations individuelles, l'AI accorde également des prestations collectives sous forme de subventions aux établissements, ateliers et homes pour personnes handicapées, aux associations qui leur apportent une aide ainsi qu'aux centres de personnel spécialisé pour la prise en charge des personnes handicapées.

Site Internet : <http://www.bsv.admin.ch/>

Voix : Assurance-maladie (AM) — Assurance-accidents — Assurances sociales (Coordination des) — Handicap — Indemnités journalières (AI) — Invalidité — Office AI (Assurance-invalidité) — Prestations complémentaires (PC)

Michel Valterio et Brigitte Dumas

Assurance-accidents

Adoptée avec l'assurance-maladie, le 13 juin 1911, l'assurance-accidents a protégé certaines catégories de travailleurs. Dès le 1er janvier 1984, la protection sociale a été étendue à l'ensemble des travailleurs salariés, par l'entrée en vigueur de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). L'assurance facultative est ouverte aux personnes exerçant une activité à titre indépendant.

L'assurance-accidents couvre les accidents professionnels. Elle assure également les accidents non professionnels, pour autant que l'activité exercée porte sur 12 heures par semaine au moins. Si tel n'est pas le cas, les coûts relatifs à l'accident doivent être supportés par l'assurance-maladie.

L'assurance-accidents garantit, à court terme, la couverture des frais de traitement, le versement de l'indemnité journalière compensant la perte de salaire, la prise en charge des moyens auxiliaires, la réparation des dommages matériels. Lorsque l'accident entraîne une invalidité ou le décès, l'assurance intervient par le versement de rentes (invalidité, survivants), d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou d'une allocation pour impotent.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et d'autres assureurs (compagnies privées, caisses-maladie) gèrent l'assurance-accidents. Cette dernière est financée par les cotisations des employeurs (pour la couverture de l'accident professionnel) et des travailleurs (pour la couverture de l'accident non professionnel).

R. A. Gehlew, O. Ramelet, J.-B. Ritter, *Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)*, Réalités sociales, Lausanne, 1992 — J.-M. Frésard, « L'assurance-accidents obligatoire », in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, Helbing & Lichtenhahn, Bâle, 1998, 106 pages.

Voïr : Assurances en cas d'accidents (Caisse nationale suisse d') (CNA) — Assurances sociales (Coordination des) — Caisses-maladie — Prévoyance professionnelle

Béatrice Despland

Caisses-maladie

Les caisses-maladie constituent l'une des deux catégories d'assureurs chargés de gérer l'assurance obligatoire des soins et l'assurance individuelle d'indemnités journalières selon la LAMal. Elles peuvent pratiquer les assurances complémentaires, voire d'autres branches d'assurance à certaines conditions et limites fixées par le Conseil fédéral. Les caisses-maladie sont des institutions de droit privé (la grande majorité) ou de droit public (telles les caisses cantonales). Elles exercent leur activité sans but lucratif et doivent être reconnues par le Département fédéral de l'Intérieur. Les caisses-maladie ont existé bien avant la première loi fédérale, sous des appellations et en organisations diverses (caisses de secours, sociétés mutuelles, caisses cantonales ou communales). Leur effectif passait les 1000 unités entre 1925 et 1964. Il tourne autour de 200 caisses actuellement. La LAMal s'est ouverte à une seconde catégorie d'assureurs : les institutions d'assurances privées ayant obtenu l'autorisation et la reconnaissance de la Confédération pour la gestion de l'assurance-maladie sociale.

R. *Statistiques de l'assurance-maladie*, Assureurs reconnus par la Confédération, OFAS, Berne, mai 1995.

Voïr : Assurance-maladie et l'assurance-accidents (Article constitutionnel sur l') — Assurance-accidents — Assurance-maladie (AM) — Caisses-maladie (Fédérations cantonales des)

Michel Surbeck

Caisses-maladie (Fédérations cantonales des)

Les fédérations cantonales des caisses-maladie sont organisées par canton ou par groupe de cantons, auxquelles est affiliée la quasi-totalité des assureurs LAMal. Elles ont pour but de coordonner les actions de leurs membres et de défendre leurs intérêts auprès des autorités publiques et des dispensateurs de soins, notamment dans la négociation, la signature et l'application des conventions tarifaires cantonales. Jusqu'en 1994, les fédérations cantonales étaient autonomes. Les assureurs-maladie ont entrepris une refonte totale de leur organe fédéral national «santésuisse - Les assureurs-maladie suisses » ; et les fédérations cantonales, chapeautées par une organisation régionale (quatre régions pour la Suisse) ont perdu leur autonomie juridique et sont dorénavant rattachées organiquement à Santé Suisse.

R. *Infosantésuisse, le magazine des assureurs-maladie*, suisses No 7-8, juillet-août 2001.

Voïr : Assureurs-maladie — Assureurs-maladie suisses (Santésuisse) — Caisses-maladie

Michel Surbeck

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Institution spécialisée des Nations Unies pour les questions de santé, elle a son siège à Genève. Les fonctions exercées par l'OMS sont nombreuses : coordination des travaux internationaux, collaboration avec des institutions internationales et nationales, assistance technique, études épidémiologiques et statistiques, actions contre les maladies épidémiques et endémiques, actions en faveur de l'amélioration de la nutrition et de l'hygiène, aide à la coopération scientifique, élaboration de normes internationales en matière de maladies et de produits pharmaceutiques. La définition de la santé et les objectifs déclarés de l'OMS sont à l'évidence utopiques, mais seules des orientations claires peuvent mobiliser les énergies pour répondre à des besoins manifestement trop criants.

Selon la déclaration d'Alma-Ata, la priorité doit être mise sur la promotion des *soins de santé primaires*. Ceux-ci doivent comprendre au minimum une éducation sur les problèmes de santé (méthodes de prévention et de lutte contre les maladies) ; la promotion de bonnes conditions et de bonnes règles de nutrition ; un approvisionnement suffisant en eau et des mesures minimales d'assainissement ; la protection maternelle et infantile (comprenant la planification familiale) ; les vaccinations contre les grandes maladies infectieuses ; la prévention et le contrôle des grandes endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la fourniture de médicaments essentiels.

R. J.-C. Zarka, *Les institutions internationales*, Ellipes, Paris, 1996.

Site Internet : <http://www.who.int/>

Voir : Organisation des nations unies (ONU)

jpf

Politique de la santé (Société suisse pour la) (SSPS/SGGP)

Fondée en 1976, la SSPS est une association qui a pour buts d'améliorer et coordonner la politique sanitaire. Son siège est à Muri BE. Actuellement, elle compte 1670 membres : 1406 membres individuels et 264 membres collectifs (associations suisses, hôpitaux, caisses-maladie, cantons, entreprises privées, fondations, etc.).

Des groupes régionaux existent à Bâle, Berne, Genève, Lausanne, St-Gall et Zurich. Leur activité principale est d'organiser des discussions et des conférences (env. 150 à ce jour). Sur le plan national, la SSPS a organisé 84 congrès et symposiums.

« Politique de la santé : informations » est le nom d'un bulletin publié en 2'200 exemplaires. Depuis 1977, 13'300 articles brefs y ont paru. En plus, la SSPS publie des livres (64 à ce jour) sur le système sanitaire en Suisse.

Quelques sujets sont traités prioritairement par la SSPS, p. ex. les droits des patients, les coûts de la médecine, la rationalisation et le rationnement, l'assurance-maladie, les HMO, les soins, la prévention, la qualité, la planification, les tarifs et la réforme des structures politiques.

Site Internet : <http://www.sggp.ch/>

Voir : Coûts de la santé — Politique de la santé — Planification sociale — Prévention — Soins et aide à domicile

Gerhard Kocher

Fondation 19- Fondation suisse pour la promotion de la santé.

Institution nationale qui stimule, coordonne et évalue des mesures destinées à promouvoir la santé.

La Fondation 19 qui tient son nom de l'article 19 de la LAMal, agit au niveau national mais aussi local, pour la santé de toutes les personnes qui vivent en Suisse. Créée en 1999, et s'appuyant sur les objectifs formulés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), son objectif est de « stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé ».

La notion de Promotion de la santé qui est au centre de son activité se traduit dans les différentes mesures par l'accent mis sur l'encouragement de chacun à être responsable de sa santé, ainsi que sur l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Dans cette perspective, les engagements de la Fondation prennent des

formes multiples : développement de programmes prioritaires, soutien de projets, campagnes et actions visant le grand public sur le thème de la promotion de la santé. À terme, la Fondation s'est donnée pour mission d'élaborer une « Politique nationale de promotion de la santé ».

La Fondation propose un service d'informations et de documentation sur le thème de la promotion de la santé et son magazine FOCUS permet de se tenir informé des nouvelles dans le domaine.

R. D. Nutbeam, *Glossaire Promotion de la santé*, Editions Promotion de la santé, Gamburg, 1998.

Site Internet : <http://www.promotiondelasante.ch/>

Voir : Education pour la santé — Droit à la santé — HMO — Médecine sociale et préventive — Politique de la santé — Prévention — Prévention tertiaire — Santé publique

Sanda Samitca