

Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales
Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales
Band: 23 (1965)
Heft: 1

Artikel: Problèmes hospitaliers généraux : le point de vue du médecin
Autor: Saegesser, F.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-135901>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.04.2026

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

Problèmes hospitaliers généraux — Le point de vue du médecin

F. Saegesser

professeur de clinique chirurgicale,
Faculté de médecine, Université de Lausanne

Les sciences de la vie ont, jusqu'à une époque récente, boudé les mesures et la précision. Les choses ont changé; si la médecine reste, aujourd'hui encore, une fille bâtarde des sciences pures, elle s'efforce, elle aussi, d'utiliser toujours davantage les données précises des sciences fondamentales. Elle est devenue ainsi, en peu de temps, beaucoup plus efficace, donc plus secourable.

Les mathématiques, la méthode statistique (Schwartz), la cybernétique permettent, à notre époque, de lier plus étroitement les problèmes d'hygiène et de médecine aux sciences sociales et économiques, et autorisent des échanges fructueux sur des bases plus solides qu'autrefois.

Les appuis que peut apporter la recherche opérationnelle dans la planification et la gestion hospitalières sont malheureusement trop souvent méconnus; or, l'intuition ou le seul bon sens se montrent impuissants devant la complexité des situations et des problèmes à résoudre. Déterminer, par exemple, le nombre de lits nécessaires à un futur hôpital consiste à prendre une décision relevant de la recherche opérationnelle et non pas fondée sur un *a priori* médical, architectural ou administratif.

Des hôpitaux récemment construits ou actuellement en construction dans des villes voisines de la nôtre, et dont les projets n'ont pas été établis avec l'aide de la technique moderne, sont inadéquats à leur objet dès leur entrée en fonction. On constate avec surprise que le nombre des lits est insuffisant; les salles d'opération, trop peu nombreuses, sont d'exploitation peu rationnelle. Le but n'est pas atteint et il se dégage de cela un sentiment pénible d'impuissance et de lassitude.

Dans les pays développés, les hôpitaux sont aujourd'hui les instruments principaux et les plus coûteux destinés au maintien de la santé publique. La population tout entière est concernée par les problèmes hospitaliers: la plupart des êtres humains naissent à l'hôpital, y séjournent à plusieurs reprises au cours de leur existence; certains y meurent. Il est donc compréhensible qu'aucun aspect de la médecine moderne n'ait reçu plus d'attention, ces dernières années, que celui de l'hospitalisation. Les problèmes à résoudre sont de grande dimension sur le plan humain, social, architectural, économique, politique et médical (Arousseau, Cheverry).

L'aménagement hospitalier d'un pays doit être planifié à long terme sur des bases étudiées en fonction d'exigences toujours renouvelées, mais en partie prévisibles.

Disons de façon très succincte que la situation actuelle de notre pays commande un nombre accru d'hôpitaux. Il est reconnu que 13 lits environ sont nécessaires pour une population de 1000 habitants (Owen, Berkson). Or, nous sommes loin de ce chiffre.

Evolution démographique

Un des grands faits de l'histoire contemporaine est l'explosion démographique. Les travaux des sociologues nous apprennent que, sauf « catastrophes nucléaires », la population aura doublé en l'an 2000. Les progrès de l'hygiène et de la médecine sont responsables du péril de la surpopulation (Bouthoul).

En Suisse, la composition de la société humaine s'est transformée: une plus grande partie de la population est composée de personnes âgées. Depuis le début du siècle, le nombre des sujets de plus de soixante-cinq ans a quadruplé, alors que la population globale a « seulement » doublé (Bureau fédéral de statistique). Or, il est évident que les vieillards plus que les autres êtres humains ont fréquemment recours aux soins hospitaliers.

L'explosion démographique, l'irrésistible migration des populations rurales vers les villes, n'épargnent aucune partie du globe.

Il faut tenir compte de ces faits si l'on veut éviter l'anarchie dans l'urbanisme en général et dans la construction hospitalière en particulier.

Problèmes sociaux

Dans le monde entier, on se trouve dans l'obligation d'agrandir ou de construire de nouveaux hôpitaux. L'intérêt que leur portent les pouvoirs publics est presque le témoin de l'état de développement d'un pays. Dans certaines régions sous-développées que je connais pour y avoir pratiqué mon métier, tel le Yémen, il y a environ 800 lits d'hôpitaux pour une population de plus de 7 millions d'habitants. La situation médicale y est catastrophique, atroce. Le Gouvernement n'a pas l'intention de modifier l'équipement hospitalier.

A l'opposé, les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Suède, l'URSS, pays que je connais aussi pour y avoir travaillé et qui sont, qu'on le veuille ou non, souvent en avance devant les problèmes posés par la vie moderne, ont construit depuis une trentaine d'années un grand nombre d'hôpitaux. L'équipement hospitalier de ces pays développés reste cependant constamment en retard par rapport à l'accroissement démographique, aux améliorations sociales et aux progrès de la médecine. De nouveaux projets sont constamment élaborés et de nouveaux hôpitaux construits.

Problèmes architecturaux

Les hôpitaux ne sont qu'accessoirement des édifices. Ils sont avant tout des organismes dont la fonction première est de soigner les malades. Les dimensions des bâtiments doivent donc s'adapter aux besoins d'une population donnée dans une région donnée. Les grands hôpitaux (les seuls que nous envisageons aujourd'hui), j'entends par là ceux qui sont destinés à faire face à toutes les situations médicales, tels les hôpitaux universitaires, ne sont plus destinés aux seuls malades de l'assistance publique, aux miséreux qu'on y héberge; ils sont devenus des centres de diagnostics et de traitements, ainsi qu'un lieu d'enseignement et de recherche.

Riches ou pauvres doivent trouver à l'hôpital le maximum de chances de guérison.

Il n'y a pas d'hôpital modèle; chaque dispositif hospitalier doit être conçu selon sa fonction qui diffère d'une région à l'autre. Son efficacité est donc, encore une fois, liée aux études fonctionnelles préalables à la construction, qui auront été faites en équipe par les sociologues, les économistes, les architectes, les hommes politiques et les médecins. L'architecte crée la forme matérielle susceptible de satisfaire le programme qu'on lui soumet. La réussite et la beauté du bâtiment qu'il construira surgiront d'elles-mêmes si le bâtiment est bien adapté à ses fonctions.

Administration hospitalière

L'administrateur, le directeur de l'hôpital aura la tâche difficile de veiller à faire respecter les principes d'organisation et l'utilisation rationnelle des structures fonctionnelles. Il se souviendra que le rendement d'un hôpital ne peut être évalué qu'en fonction de son but le plus évident: le maintien de la santé publique. Pour importants qu'ils soient, les problèmes économiques, financiers, sont subordonnés à ce but.

En matière d'administration hospitalière, les planificateurs doivent aussi tirer des conclusions de la conjoncture, c'est-à-dire s'informer de ce que sont la médecine et la chirurgie d'aujourd'hui et surtout de ce qu'elles vont vraisemblablement devenir demain.

Les progrès de la médecine et les problèmes économiques

Peut-on prévoir que l'évolution de la médecine et de la chirurgie exigera, elle aussi, des systèmes hospitaliers plus vastes et mieux équipés? Certainement. Dans le domaine qui est le mien, il faut constater que les progrès de la chirurgie ont été plus rapides durant les vingt dernières années que pendant les mille ans précédents! Les médecins qui ont cinquante ans aujourd'hui savent que les plus grandes découvertes de la médecine, les plus efficaces en tous les cas, ont été faites depuis qu'ils ont terminé leurs études.

Les techniques médicales se perfectionnent, mais elles se compliquent. Les nouvelles méthodes thérapeutiques qui surgissent à un rythme accéléré ne peuvent être appliquées qu'à l'aide d'un appareillage et d'une instrumentation sans cesse plus complexes et coûteux. Cet équipement ne peut être utilisé que par des équipes de spécialistes de formations diverses et techniquement instruits.

Pour certaines interventions thoraciques, de neurochirurgie ou de cancérochirurgie, l'opérateur doit compter sur la collaboration des anesthésistes, des infirmiers, des mécaniciens, des physiologistes, des biochimistes, des électrotechniciens, etc. Ces collaborateurs doivent être présents dans la salle d'opération avant, pendant et après l'intervention. Il faut aussi des moyens de laboratoire, de « nursing », beaucoup plus perfectionnés qu'autrefois.

Il est évident que l'utilisation quotidienne et obligatoire de procédés compliqués ne peut se faire qu'au sein des grands centres hospitaliers. Les petites cliniques ne peuvent plus

assumer les frais d'un équipement médical et d'un appareillage suffisants. Les cliniques privées de nos régions qui survivent encore aujourd'hui ont avant tout un but commercial. Leur rendement doit être financier. Nous ne nous intéresserons pas au sort de ces institutions qui ne posent en somme que des problèmes de gestion hôtelière. Sur le plan médical, les petites cliniques sont aujourd'hui dépassées par l'évolution de la médecine, et, dans les pays développés, elles sont progressivement désaffectées. Les malades cherchent à être admis dans les grands complexes hospitaliers, ce qui s'explique, puisque ces grands ensembles offrent les meilleures conditions de sécurité. Cette remarque est particulièrement vraie pour les maladies ou les lésions traumatiques qui nécessitent des investigations diagnostiques délicates ou des traitements difficiles, mais « qui peut le plus, peut le moins »; les malades le savent instinctivement, c'est pourquoi, une proportion toujours plus grande de malades demandent à bénéficier aujourd'hui des avantages de l'hospitalisation dans les grands ensembles. C'est un fait irréversible, et d'ailleurs logique; l'évolution de l'hospitalisation tend à la centralisation dans de grands blocs hospitaliers.

Les problèmes économiques que pose la gestion hospitalière prennent aujourd'hui une importance considérable et sont difficiles à résoudre. L'efficacité d'un hôpital, son rendement, j'entends par-là l'évaluation des services rendus, ne peuvent guère être envisagés sous le même angle que la gestion des entreprises commerciales ou industrielles, dont l'objectif est le profit.

S'il est évident qu'un hôpital doit être géré correctement afin de tirer le meilleur parti des ressources financières disponibles, le but de son activité n'est pas d'équilibrer son budget, encore moins celui de faire des bénéfices, mais celui d'accueillir tous les malades et les blessés dont l'état nécessite des soins hospitaliers et exige une médecine de qualité. L'évaluation précise de la qualité des soins dans un complexe hospitalier est, aujourd'hui encore, difficile, tout autant que celle de l'aspect humain de l'hospitalisation dans une unité de soins.

Les hôpitaux coûtent cher et ceux de demain coûteront toujours plus cher. Le coût de l'hospitalisation s'est accru de façon rapide ces dernières années.

En douze ans, le coût total de la médecine américaine a passé de 14 milliards de dollars (en 1950) à 34 milliards (en 1962) (Harris).

Dans ces 34 milliards de dollars ne sont pas incluses les pertes économiques dues à l'incapacité de travail des malades hospitalisés, dont le rendement économique est évidemment nul. Or, dans le coût total de la médecine, les frais hospitaliers représentent plus du 50 %. A titre de comparaison, signalons qu'aux Etats-Unis, les sommes engagées dans l'activité médicale sont supérieures à celles brassées par les plus grandes entreprises industrielles américaines d'aujourd'hui.

Remarquons en passant qu'il est paradoxal et décevant de constater combien le public reste indifférent aux problèmes d'organisation et de gestion hospitalières. La médiocrité, l'archaïsme et l'inconfort des hôpitaux et de leurs locaux de consultation et de traitement ne provoquent aucune réaction. Lorsque les malades eux-mêmes formulent des plaintes, celles-ci sont toujours individuelles et rarement justifiées; la presse, si prompte à réagir lorsqu'on parle d'autres sujets d'intérêt général, qu'il s'agisse des voies de communication, des budgets militaires ou autres, est, elle aussi, morne et indifférente. C'est donc aux médecins, aux sociologues, aux économistes et aux hommes politiques qu'il importe d'agir pour améliorer les conditions hospitalières.

On croit parfois que, étant donné les progrès des sciences médicales, les séjours hospitaliers vont être considérablement raccourcis. Cela est vrai pour certaines parties de la médecine.

cine et en chirurgie pour les interventions simples et bien codifiées (de 1930 à 1960 par exemple, la durée moyenne d'hospitalisation après la cure opératoire d'une hernie inguinale a passé de seize jours à sept jours), mais il ne faut pas oublier que les progrès techniques nous permettent aujourd'hui et nous permettront à l'avenir de secourir encore mieux des malades ou des blessés qui étaient, par le passé, trop atteints pour pouvoir bénéficier des ressources de la thérapeutique. Auparavant, de nombreux malades n'étaient même pas hospitalisés; la chirurgie se montrant impuissante, il était logique de laisser mourir les individus dans un cadre familial. Les traumatisés graves décédaient presque toujours rapidement. Il n'en va plus de même aujourd'hui; les grands malades, les grands opérés, les traumatisés atteints de lésions multiples et complexes (actuellement si nombreux du fait des innombrables accidents de la circulation routière) peuvent être sauvés dans une beaucoup plus grande proportion qu'autrefois, mais au prix de soins assidus et prolongés. Ces « grands risques » ne peuvent pas être renvoyés prématurément des services hospitaliers, et des soins compliqués doivent leur être appliqués pour une longue durée et dans un milieu approprié.

Cette constatation explique pourquoi la proportion des lits chirurgicaux augmente par rapport à celle nécessaire à l'activité d'autres branches de la médecine. Par exemple, les progrès médicaux de la dermato-vénérologie ont eu pour effet une diminution notable du nombre des hospitalisés dans cette discipline.

D'une manière générale, la mentalité de la population s'est transformée; on ne va plus à l'hôpital avec la crainte de mourir comme au temps passé; on y va pour guérir plus rapidement, plus sûrement et plus complètement.

En 1920, aux Etats-Unis, le 95 % de la population naissait à domicile. En 1962, dans le même pays, le 95 % de la population naît à l'hôpital.

Pendant ce laps de temps, la mortalité des accouchées a passé de 3,2 % à 0,02 %; la mortalité périnatale a, elle aussi, accusé une forte régression, bien qu'elle ait fléchi plus lentement. Elle a passé de 7,1 % en 1930 à 2,5 % en 1962. En dépit de l'augmentation extraordinaire du coût des hôpitaux et des problèmes que cela pose, un retour en arrière n'est pas concevable.

Certains problèmes économiques et sociaux ne sont pas résolus dans les conditions actuelles. L'individu de condition moyenne atteint par une maladie grave ou souffrant d'importantes lésions traumatiques n'est plus en mesure d'assumer les frais de son hospitalisation, alors même précisément qu'il est contraint par sa santé d'interrompre son travail, c'est-à-dire de renoncer à sa source de gain.

A l'Hôpital cantonal de Lausanne, le prix de revient de la journée de malade était de Fr. 7,40 en 1920; il est de près de Fr. 80,— en 1963 (Gafner).

Si l'on tente de calculer, en économiste, le prix d'une intervention chirurgicale majeure — de neurochirurgie, de chirurgie thoracique, de cancérochirurgie ou de cardiologie — qui nécessite l'utilisation de machines et la collaboration de nombreux techniciens spécialisés, les frais de la seule intervention chirurgicale se montent entre Fr. 8000,— et Fr. 30.000,—.

Les problèmes posés par l'aspect économique de la maladie ne peuvent être résolus qu'exceptionnellement par le malade lui-même.

Il est donc impensable au départ qu'un hôpital puisse assumer ses fonctions sans être subventionné par les fonds publics (Department of Health, USA).

Il faudrait beaucoup de temps pour expliquer ce qui s'est passé dans les hôpitaux ces vingt dernières années et pour faire comprendre le pourquoi du coût accru de la médecine moderne et de l'hospitalisation. Restons-en à quelques chiffres pris au hasard mais qui pourront peut-être retenir l'attention:

Nombre des interventions chirurgicales faites dans le Service universitaire de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne

Opérations en 1947	. . . . .	2650 opérations
en 1955	. . . . .	3753 »
en 1957	. . . . .	3941 »
en 1959	. . . . .	4094 »
en 1960	. . . . .	4189 »
en 1961	. . . . .	4535 »
en 1962	. . . . .	5107 »
en 1963	. . . . .	5829 »

Dans ce laps de temps relativement court, non seulement le nombre des opérations a plus que doublé, mais leur nature s'est graduellement modifiée. Le nombre des interventions mineures ou moyennes a relativement peu augmenté, alors que le nombre des interventions majeures — neurochirurgie, chirurgie thoracique, cardiaque, gérontochirurgie, chirurgie du cancer, chirurgie des malformations du nouveau-né et de l'enfant — s'est considérablement accru. Certaines de ces interventions ne pouvaient même pas être envisagées en 1947: on laissait mourir d'étouffement les malformés du cœur, les vieillards cancéreux étaient abandonnés, etc. D'autres interventions déjà possibles en 1947 se sont perfectionnées et les résultats se sont notablement améliorés, mais au prix d'une importante augmentation du coût de ces opérations. Est-il possible de revenir en arrière? Certainement pas.

L'effectif des chirurgiens du Service universitaire de chirurgie était de quatre chirurgiens en 1920; en 1963, l'effectif était de quarante-deux chirurgiens, plus sept anesthésistes médecins.

Cette augmentation considérable de l'effectif médical ne correspond pas à des conditions de travail plus faciles, puisque la moyenne des heures de travail hebdomadaire des chirurgiens du Service universitaire de chirurgie est actuellement de plus de soixante-seize heures.

En dehors de l'effectif médical, celui du personnel auxiliaire, infirmier, personnel de maison, personnel administratif s'est aussi fortement accru.

Il fallait, en 1920, vingt-trois employés d'hôpital pour cent malades; en 1962, cent vingt et un employés d'hôpital pour cent malades.

Dans certaines grandes cliniques privées américaines, la journée de malade, qui coûtait en 1920: 43 fr., s'élève aujourd'hui à Fr. 350,—. Dans ces mêmes cliniques privées, remarquablement organisées du point de vue médical, on demande aux malades admis à l'hôpital, et qui doivent y subir une intervention importante, un dépôt de Fr. 40.000,—. L'accès de la clinique est refusé à ceux qui ne peuvent assumer ces conditions financières. Cet exemple montre une fois de plus qu'il y a un problème social de l'hospitalisation auquel on ne peut échapper.

Les difficultés et la complexité des techniques sont telles que la spécialisation en médecine est devenue indispensable. Un ensemble médicochirurgical ne peut fonctionner correctement que grâce au travail en équipe, à l'étroite collaboration de spécialistes de disciplines différentes.

Si l'on peut à la rigueur imaginer que les problèmes théoriques pourraient être résolus par quelques hommes, il devient évident que les applications de la médecine ou de la chirurgie, dont dépend la vie ou la mort de nombreux malades, nécessitent la spécialisation pour

assurer le succès. Le chirurgien qui opère chaque semaine trois ou quatre cancéreux de l'œsophage aura un meilleur entraînement et de meilleurs résultats qu'un autre chirurgien qui ne fera une telle opération qu'une ou deux fois par an. La spécialisation est une nécessité; elle implique une centralisation de la médecine et une coordination toujours plus grande entre médecine et chirurgie car, s'il faut admettre que de meilleurs résultats sont obtenus grâce à des médecins entraînés à aborder les cas difficiles, le simple bon sens suggère aux populations que si l'hospitalisation dans de grands centres disposant de spécialistes est indispensable dans les cas particulièrement difficiles, elle est aussi souhaitable pour les cas moins difficiles, puisque de toute façon un bon équipement, une bonne qualification des médecins procurent la sécurité.

Il ne faut d'ailleurs pas comprendre la spécialisation en médecine de façon restrictive; elle n'est pas une limitation, mais une tendance vers la perfection. Etre un spécialiste, c'est d'abord avoir un bon esprit de synthèse, puis être capable de faire, mieux que d'autres moins entraînés, certains actes particuliers.

Toutes les paroles de regret que l'on entend parfois exprimer sur la spécialisation de la médecine sont basées sur des prémisses fausses et avancées par des esprits irréfléchis.

Au « seigneur chirurgien » d'autrefois, seul responsable du diagnostic, de l'opération, de la narcose, des soins postopératoires, s'est substitué aujourd'hui l'équipe de chirurgiens, d'anesthésistes, de techniciens et d'hommes de sciences de toutes sortes (anatomo-pathologistes, physiologistes, biochimistes, chimistes, mécaniciens, physiciens, électrotechniciens, etc.). C'est ce travail en équipe qui permet l'efficacité et assure la qualité des résultats aujourd'hui très supérieurs à ceux d'autrefois. Le médecin radiologiste ne peut appliquer les dangereuses méthodes modernes d'irradiation qu'avec l'aide d'un physicien qui calculera les doses et les distances, etc. Un grand ensemble hospitalier ne peut vivre sans ces collaborateurs indispensables. Il faut les rétribuer convenablement; la plupart ont des formations professionnelles poussées, certains sont des universitaires.

Le personnel médical auxiliaire, lui aussi, doit être plus nombreux et techniquement mieux qualifié.

Dans les hôpitaux charitables d'autrefois, les religieuses n'avaient bien souvent pour bagage que leur bonne volonté; elles étaient fort dévouées et désintéressées, mais techniquement peu ou mal instruites. Cela n'avait pas d'importance à l'époque, car la médecine n'était en somme le plus souvent qu'un « art » qui aidait les gens à mourir. Le travail de la sœur-infirmière n'était bien souvent qu'un travail ménager, empreint de charité.

La médecine d'aujourd'hui, beaucoup plus technique, qui est une espèce d'artisanat basé sur la science et la probité, est destinée à soulager ou à guérir les malades et les blessés, le mieux et le plus rapidement possible. Ce qui fait la nature particulière, la noblesse de cet artisanat, c'est que l'échec a un caractère inadmissible, odieux, et que tout doit être mis en œuvre pour l'éviter.

Il devient évident qu'il faut demander aux infirmières une formation et des qualités techniques précises, acquises dans les écoles, après une formation longue et coûteuse. Nos collaboratrices ont un travail plein de responsabilité, fatigant, astreignant. Leurs erreurs se soldent par des prolongations de séjours hospitaliers ou par des décès.

Plus nombreuses et mieux instruites qu'autrefois, ces infirmières demandent à être rétribuées convenablement. Cela n'est pas le cas aujourd'hui, et c'est pourquoi les infirmières sont de plus en plus rares. Nos collaboratrices, peu nombreuses et migratrices, restent cependant sensibles aux bonnes conditions de travail qu'elles trouvent dans certains hôpitaux bien organisés, qui peuvent alors les retenir.

Les problèmes dramatiques posés par la pénurie d'infirmières seront résolus le jour où le corps médical, et surtout les pouvoirs publics, auront compris qu'il est nécessaire de revaloriser cette profession, car le personnel soignant n'occupe pas, dans la hiérarchie des professions, la place qu'il devrait avoir.

On pourrait multiplier encore les exemples pour montrer que l'équipement hospitalier joue un rôle essentiel dans le maintien de la santé publique, et que cet équipement, plus efficace qu'autrefois, est aussi beaucoup plus coûteux.

Un aspect inattendu de la gestion hospitalière est que, dans les grands hôpitaux, la journée de malade coûte aussi cher, peut-être même plus cher, que dans les petits hôpitaux. Cette constatation universelle s'explique par le fait que dans les petites cliniques, du fait même de leur structure, il n'est possible de donner que des soins simples et de n'exécuter que des opérations relativement mineures qui ne demandent qu'un appareillage restreint et un personnel limité. Il est donc évident que le prix de la journée de malade ne saurait refléter en aucun cas « la valeur » d'un hôpital. Lorsque le prix de l'hospitalisation est bas, c'est bien souvent parce que les soins médicaux sont médiocres.

Dans les grands ensembles qui, plus que les autres, contribuent au maintien de la santé publique, il faut faire face aux situations les plus compliquées, et, nous l'avons vu, l'équipement en instruments, en appareils et en personnel spécialisé est de ce fait évidemment plus coûteux.

Le fait que les hôpitaux de petites dimensions sont moins coûteux que les grandes cités hospitalières a engagé récemment certains administrateurs de nos régions à insister pour que la future cité hospitalière universitaire vaudoise ne comporte pas un trop grand nombre de lits, dans le but louable de diminuer les frais et de faciliter la gestion de ces hôpitaux. Dans l'optique d'un gérant d'hôtel ou d'un modeste économiste, les problèmes étaient ainsi correctement envisagés. Lorsqu'on doit tenir compte de la productivité réelle d'un hôpital et des services qu'il doit rendre, comprenant non seulement l'obligation de soigner un nombre important de malades mais aussi celle de traiter les cas les plus graves et d'obtenir les meilleurs résultats, l'erreur relevée ci-dessus est complète et grave.

Il faut souligner aussi qu'à l'avenir l'administration hospitalière sera facilitée grâce à l'utilisation de plus en plus nécessaire et urgente des méthodes modernes de gestion, de la cybernétique, des machines électroniques.

De toute façon, l'utilité et le bon fonctionnement d'un hôpital ne saurait dépendre de données administratives ou économiques seulement.

Les hôpitaux universitaires

D'autres facteurs interviennent dans l'évaluation des services rendus par un hôpital, mais ils sont, eux aussi, peu accessibles à l'investigation statistique. Je veux parler de l'enseignement médical.

Une constatation s'impose: la médecine et la chirurgie n'ont progressé que dans les grands ensembles hospitaliers où les malades les plus variés et les cas les plus difficiles sont rassemblés. C'est seulement dans les grandes cités hospitalières qu'il est possible de donner un enseignement satisfaisant aux étudiants en médecine, aux assistants médecins qui complètent leur formation et aux infirmières qui la poursuivent.

Ceux qui s'instruisent dans ces grands ensembles peuvent se faire une opinion analytique et synthétique de ce qu'est la médecine. Ils tireront profit, pour apprendre leur métier ou le perfectionner, des sources d'enseignement disponibles, variées et compétentes.

A une population accrue doit correspondre un plus grand nombre de médecins. Or, un plus grand nombre d'étudiants en médecine ne peut être accueilli que dans des cités hospitalières de grandes dimensions. Si les moyens d'enseignement s'améliorent du fait des techniques nouvelles, du perfectionnement des moyens audio-visuels, il reste que les médecins et les infirmières ne pourront apprendre leur métier qu'au contact des malades, demain comme hier.

La nécessité d'un enseignement postuniversitaire destiné aux praticiens n'est plus à démontrer. Un chirurgien qui a aujourd'hui cinquante ans pourrait théoriquement s'en tenir à la routine des opérations apprises dans sa jeunesse, puisque aucune obligation ne lui est faite de se perfectionner, alors même que les découvertes les plus importantes de la chirurgie se sont faites depuis qu'il a terminé ses études. Il serait curieux que l'enseignement de la médecine ne soit pas profondément réadapté, alors même que dans les autres activités techniques de l'homme, ne serait-ce que la science militaire, on éprouve la nécessité d'imposer des cours de répétition, c'est-à-dire des cours complétant régulièrement la formation initiale.

L'éducation médicale postuniversitaire doit être perpétuellement entretenue du fait même de l'accélération des progrès scientifiques qui bouleversent constamment nos connaissances et les améliorent.

Dans les hôpitaux d'enseignement, cela est facile à comprendre; il se pratiquera toujours, dans un tel milieu, une médecine plus rigoureusement contrôlée que dans les autres systèmes hospitaliers. Il n'est pas excessif de dire que l'hôpital universitaire est le seul endroit où la médecine est vraiment contrôlée. Toute l'activité se fait au grand jour; les fautes, s'il y en a, ne peuvent être dissimulées (Wiggins). Aux USA, un grand effort est fait pour le développement des hôpitaux universitaires dont les charges d'enseignement sont assumées par l'Etat fédéral, et non plus par les finances régionales. Alors que, en 1957, l'Etat n'assumait qu'une modeste partie seulement des charges de l'enseignement médical, ces dernières sont devenues maintenant si pesantes qu'il a bien fallu admettre, même dans les universités privées, l'intervention de l'Etat dans l'enseignement de la médecine.

Les hôpitaux blocs d'une grande densité sont les seuls qui, aujourd'hui, sont à même de résoudre les problèmes posés par l'hospitalisation des malades et des blessés et par ceux posés par l'enseignement de la médecine.

Qu'en est-il de la recherche?

La recherche de base, qui n'a pas de but utilitaire immédiat, n'en est pas moins, en médecine comme dans les autres sciences, d'une importance capitale. L'observation montre, de façon chaque année plus évidente, que l'influence morale et surtout économique d'un pays s'exerce avant tout par la qualité scientifique de sa production. Les études statistiques faites dans les pays anglo-saxons ont montré que la recherche scientifique était la « fonction économique » la plus rentable d'une nation. On peut dire sans exagérer que la production d'un pays dépend aujourd'hui dans une très large mesure des recherches de base qui y sont poursuivies.

Faut-il rappeler qu'en dehors de l'Espagne et de la Turquie, la Suisse est le pays d'Europe qui consacre, par tête d'habitant, le moins d'argent à la recherche fondamentale!

Une planification, une organisation de la recherche fondamentale en médecine, comme dans les autres sciences, est nécessaire. Elle doit être conçue de façon beaucoup moins étroite et moins paternaliste à l'avenir.

La recherche clinique doit, elle aussi, retenir notre attention. Elle est, dans certains domaines de la médecine indispensable à la sécurité immédiate des malades. Il est, à notre époque, difficile d'appliquer tout d'un coup, immédiatement à l'homme, les nouvelles découvertes de la technique chirurgicale thoracique, cardio-vasculaire, neurochirurgicale, ainsi que les méthodes modernes de la cancérochirurgie. Il faut au préalable entraîner l'équipe dans un laboratoire, en opérant sur des animaux et en mettant au point les multiples appareils de contrôle physiques, chimiques, électroniques aujourd'hui indispensables. La complexité des techniques et des tactiques chirurgicales modernes rend dangereuse et coupable l'application des méthodes nouvelles directement à l'homme. C'est en grande partie à la recherche clinique constamment poursuivie que la médecine et la chirurgie doivent d'être devenues de plus en plus précises, sûres et finalement secourables. Cette recherche clinique doit être organisée au sein même des cités hospitalières.

Le rendement d'un complexe hospitalier ne peut donc être évalué qu'en fonction de la qualité des soins et de l'enseignement médical qui y sont donnés, ainsi que des recherches qui y sont poursuivies.

L'administrateur, le directeur d'hôpital, ne peut mener sa tâche à bien qu'en donnant une priorité aux impératifs médicaux. La planification du travail devrait être faite par le collège des chefs de service dont le devoir est d'orienter l'administration sur les tendances de la médecine moderne et ses besoins.

Le rôle de l'administration est de soutenir l'action des chefs de service en utilisant de la façon la plus judicieuse les ressources économiques mises à disposition. L'administration devrait également étendre aux médecins les avantages des techniques modernes d'organisation, développées notamment dans les grandes entreprises privées. Dans un grand hôpital, la classification, l'utilisation des dossiers administratifs et médicaux peuvent être facilitées par l'emploi de l'électronique. Les observations cliniques et les documents scientifiques accumulés doivent être mieux utilisés. Grâce aux machines électroniques, l'expérience passée pourrait être immédiatement utilisée dans l'intérêt des malades eux-mêmes et de l'enseignement. Une documentation, perpétuellement à jour et instantanément à la disposition des médecins et des chercheurs, améliorerait grandement le rendement hospitalier.

Financement

Comment se fait le financement des frais hospitaliers ? Trois sources peuvent être envisagées :

1. La philanthropie ou plutôt la charité publique.
2. Les malades eux-mêmes (qui assument leurs propres frais).
3. La communauté, l'Etat.

Il y a quelques décennies encore, la philanthropie était le principal moyen d'assurer le financement des hôpitaux. C'était souvent la charité chrétienne qui était à la base des décisions prises par les commissions administratives pour assurer le fonctionnement d'un hôpital. Il faut certes se féliciter de l'activité bienfaisante de certains groupes humains, mais il faut reconnaître qu'aujourd'hui la dimension des problèmes et l'importance des sommes

engagées sont telles que les organisations charitables ne sont plus à même d'assumer leurs fonctions en dehors de cas très exceptionnels.

Or, on observe malheureusement parfois que, pour des questions d'amour-propre, certaines sociétés privées s'opposent à l'intervention de l'Etat dans la gestion des hôpitaux qu'elles patronnent. Les résultats sont déplorables: les malades de conditions moyennes et les indigents, qui forment un lot important d'hospitalisés, ne peuvent prendre en charge le coût réel de leur hospitalisation. Les dons et la charité ne suffisent plus, et les organismes philanthropiques sont amenés à faire de dangereuses économies s'ils veulent rester indépendants. Or, lorsqu'on ne peut équiper un hôpital de moyens correspondant aux exigences de la médecine moderne, l'hôpital se détériore, le matériel vieillit, l'effectif et la qualité du personnel médical s'étiolent. Des catastrophes surviennent. Certaines d'entre elles sont encore dans la mémoire des habitants de ce pays.

Que de grandes entreprises industrielles aujourd'hui prospères fassent des dons pour la recherche, cela est utile; mais il n'est pas certain que cela soit toujours souhaitable à l'avenir. L'observation des faits, pour ce qui concerne la médecine en tout cas, montre que lorsqu'une entreprise privée chimique, pharmaceutique ou autre, accorde des fonds pour la recherche, cela n'est jamais sans arrière-pensée commerciale. Les médecins savent bien que la publicité faite par les grandes maisons de produits pharmaceutiques, souvent fondée sur des recherches bien conduites mais entreprises aux frais des grandes firmes, est toujours dangereusement tendancieuse. L'information des médecins et du public n'est que fragmentaire. Pour le prouver, il suffit de rappeler qu'on a vendu ces dernières années des tonnes de médicaments efficaces, qui calmaient bien les maux de tête et modifiaient agréablement l'humeur, mais qui avaient malheureusement un effet tératogène à l'origine de malformations et de mutilations innombrables, et de terribles malheurs. Ces médicaments n'ont pas moins assuré la prospérité matérielle de certaines usines de produits pharmaceutiques! Il m'a toujours paru que la recherche médicale de base devait se faire en toute liberté, sans contact direct ou indirect avec aucun organisme commercial. C'est donc à la collectivité de fournir à la recherche les subventions nécessaires.

La plupart des citoyens gravement atteints dans leur santé sont dans la majorité des cas incapables d'assumer les frais de leur hospitalisation, surtout s'ils doivent interrompre leur activité rémunératrice; toutes sortes de combinaisons ont été échafaudées entre les malades, les sociétés d'assurances mutuelles ou non et l'Etat, pour résoudre les problèmes financiers posés par la maladie.

Les « solutions » adoptées jusqu'à maintenant sont boiteuses, défavorables aux malades et aux médecins. L'état actuel des choses correspond en somme à une socialisation presque complète de la médecine, mais qui ne veut pas dire son nom, et qui reste incapable d'aider suffisamment les malades tout en brimant les médecins.

Les sociétés d'assurances maladie paient à l'Hôpital cantonal un prix forfaitaire de Fr. 23,— pour une journée de leurs assurés. Le coût réel de cette journée est de Fr. 80,—. Il est évident pour tout le monde que c'est la communauté, l'Etat, qui assume, même pour les assurés, la majorité des frais d'hospitalisation.

Il faut donc s'incliner devant le fait que le financement des hôpitaux, ne peut être assumé que par la collectivité, c'est-à-dire par l'Etat. Cette intervention de l'Etat est une nécessité aujourd'hui. On comprend mal qu'une partie du corps médical considère comme intolérable l'immixtion des pouvoirs publics dans les affaires hospitalières et médicales. Il ne s'agit pas là d'un problème politique, mais d'une nécessité absolue, imposée par les conditions de la vie moderne.

Il est d'autre part certain que si l'Etat assume les frais considérables de l'hospitalisation, l'administration étatique veut intervenir dans les questions de gestion hospitalière.

Le pouvoir exécutif est représenté dans un ensemble hospitalier par le service de la santé publique et son subordonné, le directeur ou administrateur de l'hôpital. Ce rôle plein de responsabilités ne peut être assumé aujourd'hui que par un médecin ou un administrateur spécialement formé et qualifié. Lorsque les administrateurs hospitaliers sont insuffisamment instruits, ils n'ont pas d'opinions claires sur les décisions à prendre. Se fondant alors sur des *a priori* ou des impressions, ils entravent souvent le développement normal d'un hôpital et la santé publique s'en trouve menacée.

L'intrusion de l'Etat, son intervention dans les affaires hospitalières, traumatisent psychologiquement une fraction du corps médical qui est opposée à cette évolution. Si l'on demande à ces réfractaires ce qu'ils ont à proposer à la place de l'intervention de l'Etat, leur réponse n'est jamais constructive. Des exemples suffisamment nombreux nous permettent de conclure qu'en niant l'évidence on ne peut rien proposer de valable, on ne peut rien résoudre.

Il reste que la crainte de l'étatisation de l'hospitalisation et, d'une manière générale, de la médecine tout entière, qui en est presque le corollaire, est justifiée. L'expérience des pays qui nous entourent nous a montré qu'il était rare que la politique et l'administration se soient montrées à la hauteur des problèmes posés et capables d'offrir aux malades de bonnes conditions d'hospitalisation et de soins, en assurant l'enseignement de la médecine et la poursuite de la recherche, tout en donnant aux médecins des conditions acceptables de travail et d'existence. Dans la plupart des pays où l'étatisation obligatoire de la médecine a été décidée, les résultats ont été médiocres pour les malades d'abord et pour les médecins ensuite qui, devant les brimades dont ils ont été victimes, ont vu leur recrutement s'amenuiser de façon extraordinaire.

Dans certains grands centres hospitaliers britanniques, où l'étatisation est cependant relativement bien faite, il n'y a pas un poste de médecin sur sept qui soit occupé par un Anglais. La population anglaise n'a plus aujourd'hui assez de médecins praticiens. Elle est la première à pâtir des conditions matérielles insuffisantes faites à une profession qui demande, à ceux qui s'y adonnent, de grands sacrifices.

En Suisse, devant l'étatisation menaçante, on constate une grande crainte dans la population médicale. Il faut trouver dans cette crainte l'explication de la diminution massive du recrutement des étudiants en médecine. A la dernière session d'examens finals en automne 1964, il n'y avait que deux candidats suisses à Lausanne!

Comment faire face à cette crise? Bien qu'il ne soit pas dans notre propos d'aborder ces problèmes, ils ne sont pas sans rapport avec les problèmes généraux posés par l'hospitalisation. C'est pourquoi il nous paraît nécessaire que l'Etat définisse aujourd'hui ses positions. Son devoir est de fournir aux populations un équipement hospitalier suffisant, mais il doit aussi envisager, avec la collaboration du corps médical, un statut acceptable pour les médecins.

De son côté, le corps médical doit être, lui, bien orienté et conscient des problèmes sociaux et financiers qui se posent et rendent nécessaire une collaboration avec l'Etat. L'évolution sociale, démographique, économique, irrépressible de la vie moderne et de la médecine impose que la collectivité, l'Etat, assume le coût de la plus grande partie des frais hospitaliers; mais l'Etat ne saurait prendre des mesures judicieuses sans la collaboration essentielle d'un corps médical lucide.

En conclusion, l'importance, la complexité et les dimensions des problèmes posés par la gestion hospitalière exigent de toute évidence une *planification des systèmes hospitaliers*

avec l'aide des techniques modernes de gestion, parmi lesquelles figure notamment la recherche opérationnelle.

La population tout entière est intéressée aux problèmes hospitaliers. L'évolution sociale, économique, démographique, médicale nécessite une amélioration de notre équipement hospitalier.

La collectivité, c'est-à-dire l'Etat, peut seule résoudre les problèmes humains, sociaux, économiques posés par l'hospitalisation.

Les hommes politiques et le corps médical ont aujourd'hui une grande responsabilité: ils doivent s'efforcer d'envisager ces problèmes dans un esprit de collaboration, de compréhension et de prospective.

Les services rendus par un hôpital ne peuvent être évalués en fonction de son rendement financier. La réussite, l'efficacité des futures cités hospitalières, leur exploitation rationnelle ne dépendront en aucun cas essentiellement de données architecturales, administratives ou économiques, mais avant tout d'impératifs fonctionnels, démographiques, sociaux, médicaux, pédagogiques et scientifiques.

Il n'est pas excessif de dire que nous nous trouvons actuellement à un tournant de l'évolution de l'organisation hospitalière, et pour tout dire, à un tournant de l'organisation médicale.

En face des problèmes à résoudre, nous nous retrouvons, comme dans beaucoup d'autres domaines de l'activité humaine, devant ce drame universel de la vie moderne: le retard de l'organisation sur la technique.

Bibliographie

- AUROUSSEAU P. et CHEVERRY R.: *Hôpital de Demain*, Masson et Cie, éd., Paris, 1964.
- BERKSON J.: *Section of Biometry and Medical Statistics*, Mayo Clinic, Rochester, Minesota, 1964.
- BOUTHOU L. G.: *La Surpopulation*, Payot, éd., 1964.
- *L'Art de la Politique*, Seghers, Paris, 1964.
- BUREAU FÉDÉRAL DE STATISTIQUE (Berne, 1964): Documents fournis par l'U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Library of Medicine, Bethesda, Maryland, 1964.
- DEBRAY J.-A.: « *Situation de la Médecine en France* », de *Medicina Tivenda*, vol. 1, n° 2, 1964.
- GAFNER R., docteur en droit, avocat, directeur de l'Hôpital cantonal universitaire de Lausanne, 1964.
- HARRIS SEYMOUR-E., professeur d'économie politique, Université de Harvard: *The Economics of American Medicine*, Collier Macmillan Ltd., Londres, 1964.
- OWEN J.-K.: *L'Administration hospitalière*, W. B. Saunders Company, Londres, 1962.
- SCHWARTZ D.: *Méthodes statistiques à l'Usage des Médecins et des Biologistes*, Flammarion, éd., Paris, 1963.
- WIGGINS W.-S. et coll.: « *Medical Education in the United States* », JAMA, vol. 190, n° 7, p. 597, 16 novembre 1964.