

Zeitschrift:	Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte = Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale
Herausgeber:	Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte
Band:	22 (2007)
Artikel:	De la charité à l'entreprise : les services de soins hospitaliers en Suisse romande (1880-1945)
Autor:	Donzé, Pierre-Yves
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-871877

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: 12.01.2026

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

Pierre-Yves Donzé

De la charité à l'entreprise

Les services de soins hospitaliers en Suisse romande (1880–1945)

La santé publique est aujourd’hui un secteur très important, qui représente environ 10% de l’activité économique en Suisse,¹ et l’hôpital est une institution centrale dans ce système de santé. Les hôpitaux peuvent actuellement être considérés comme de très grandes entreprises publiques ou semi-publiques, employant des milliers de personnes, avec des chiffres d’affaires de plusieurs centaines de millions de francs.² L’image de gigantisme qui est souvent associée aux entreprises hospitalières contraste fortement avec ce qu’était l’hôpital au milieu du 19^e siècle, dont la principale fonction était de nature sociale (accueillir et soigner les malades indigents). L’hôpital n’était alors pas inscrit dans le marché des soins (qui se faisaient encore principalement à domicile) et ne peut pas être considéré comme une entreprise de services pour cette période.

Ce sont des innovations de nature socio-politique (ouverture de Facultés de médecine, démocratisation de l’assistance hospitalière, etc.) et technique (méthodes opératoires modernes, nouvelles infrastructures médico-techniques, etc.), touchant en premier lieu la chirurgie, qui vont remettre en question l’hôpital caritatif et faire de cette institution un lieu central de l’exercice de la médecine et une véritable entreprise inscrite au cœur du marché des soins, un processus qui se déroule autour de la charnière des années 1880–1920. Le but de cette contribution est précisément de montrer quelles sont les incidences gestionnaires et financières de cette «industrialisation de la médecine hospitalière» en Suisse romande.³

L’hôpital caritatif

Au milieu du 19^e siècle, on est dans le contexte d’une médecine qui se pratique essentiellement à domicile, l’hôpital n’accueillant que celles et ceux qui n’ont pas les moyens matériels de se faire soigner chez eux. Le marché des soins est donc ambulatoire et l’hôpital n’est pas un lieu spécialement investi par le corps

médical. Il sert avant tout à accueillir des indigents et présente deux caractéristiques principales.

La première est de nature sociale et a trait à la population hospitalisée. On a en effet affaire essentiellement aux couches pauvres de la population. Même si les divers modes de prise en charge des pauvres malades dans les différents cantons romands permettent difficilement une comparaison chiffrée, le phénomène s'observe dans l'ensemble des cantons. Dans le celui de Vaud, l'Hôpital cantonal de Lausanne, qui représente près de la moitié de la capacité d'accueil du canton, l'hospitalisation est gratuite pour les indigents. Au cours de la période 1848–1890, ces journées d'hospitalisation gratuites représentent 88,1% de l'ensemble des journées.⁴ Ailleurs en Suisse romande, on assiste au même phénomène. Les grands hôpitaux urbains, d'origine ancienne, accueillent surtout des malades indigents. En ville de Neuchâtel, l'Hôpital Pourtalès, ouvert en 1811 pour «les indigents affectés de maladies susceptibles de traitement et de guérison [...]»,⁵ comptabilise 94,5% de journées gratuites en 1815–1833,⁶ tandis que l'Hôpital de la Ville accueille gratuitement 98,7% de ses malades dans les années 1833–1847.⁷ A l'Hôpital des Bourgeois de Fribourg, les journées d'hospitalisation gratuites se montent à 94,1% du total en 1844–1848. Enfin, à Genève, l'Hôpital général accueille, entre 1829 et 1848, 78,1% de malades indigents,⁸ tandis que la création d'un Hôpital cantonal par les autorités radicales en 1849 vise précisément à étendre l'assistance hospitalière à l'ensemble de la population résidente, l'Hôpital général s'adressant en priorité aux bourgeois de la ville.⁹

Quant aux hôpitaux régionaux et de district, ils sont fondés dans un but philanthropique et social au cours de la seconde partie du 19^e siècle: pour l'ensemble de la Suisse romande, leur nombre passe de quatre en 1850 à plus de 30 en 1900.¹⁰ Ces nombreuses fondations ne s'expliquent toutefois pas prioritairement par les progrès de la médecine hospitalière – les grandes innovations traditionnellement célébrées comme des étapes essentielles de la modernisation de la médecine, telles que l'anesthésie, l'antisepsie, l'asepsie et la radiologie interviendront dans un second temps – mais par des raisons de nature sociale. Dans le cadre de sociétés en forte croissance démographique et en voie d'industrialisation et de modernisation, les élites traditionnelles cherchent à assurer l'encadrement et l'assistance aux couches populaires en voie de prolétarisation.¹¹ Dans les régions protestantes (Vaud, Genève, Neuchâtel, Jura bernois), ce sont généralement les élites libérales proches du Réveil protestant qui sont à l'origine des fondations hospitalières, tandis que dans les régions catholiques (Fribourg, Valais, Jura), il faut souligner l'action décisive des autorités communales et du clergé.¹² Cependant, quelle que soit l'origine de ces établissements locaux, leur fonction est partout la même: accueillir et guérir les malades et les blessés des classes indigentes afin qu'ils puissent reprendre leur travail et réintégrer leur place dans la société. Le maintien en place de l'ordre social apparaît en effet comme l'une des caractéristiques de ces établissements dans la

seconde partie du 19^e siècle. Le pasteur Henri Germond, directeur de l’Institution de diaconesses de Saint-Loup, déclare ainsi en 1870, dans un exposé qu’il donne à la Société vaudoise d’utilité publique: «La souffrance des classes inférieures a été souvent plus grande qu’elle ne l’est aujourd’hui; mais jamais leur convoitise ne fut plus ardente; jamais le cœur des déshérités, comme ils se nomment, n’a débordé de plus d’amertume ni de désirs plus irrités. [...] Pour ajourner le choc, et, si possible, l’amortir, multiplions les sociétés coopératives, luttons corps à corps avec le paupérisme, fraternisons avec l’ouvrier, instruisons les ignorants, soignons les malades [...].»¹³ En 1876, le même pasteur compare l’Infirmerie de Morges «à un charmant nid de verdure [...] vraiment heimlich, Quelle différence pour tel pauvre ouvrier ou telle femme fatiguée par le travail et la misère entre cet asile et le réduit dont on vient de le tirer.»¹⁴ Bien que destinés en priorité aux malades indigents, ces hôpitaux régionaux et de district conservent souvent un caractère social multifonctionnel jusque dans les dernières années du 19^e siècle, voire au-delà dans certains cas,¹⁵ qui se caractérise par la présence de vieillards, d’aliénés, d’alcooliques et de délinquants aux côtés des malades. A titre d’exemple, l’Hôpital de Montreux ouvre en 1881 une chambre forte destinée à recevoir les «personnes en état d’arrestation, que l’autorité judiciaire confie aux soins de nos diaconesses.»¹⁶ Quelle que soit finalement leur forme, tous ces établissements s’adressent donc en priorité aux classes indigentes, et principalement aux malades.

L’hôpital du milieu du 19^e siècle a ainsi une double fonction d’assistance sociale et de thérapie médicale qui doit permettre à l’indigent malade de reprendre le travail et de retrouver sa place dans la société locale. Le médecin n’est donc pas absent de cette institution. Il en est même l’un des personnages centraux. Cependant, il fait de l’hôpital un lieu d’action philanthropique et non le lieu privilégié de son travail. Les établissements hospitaliers ne possèdent en effet pas d’infrastructure particulièrement nécessaire à la pratique de la médecine et les médecins continuent de vivre des ressources prodiguées par la clientèle aisée qu’ils soignent à domicile.

La seconde caractéristique de l’hôpital caritatif découle de la première et est relative aux ressources financières de ces établissements. Ces dernières sont souvent soit fortement limitées et difficilement extensibles, soit d’une provenance sur laquelle les administrations hospitalières n’ont que peu d’influence. Quelques établissements urbains anciens ne possèdent pas de fortune propre et dépendent en large partie du budget des collectivités publiques, souvent au titre de dépenses d’assistance. C’est notamment le cas à Lausanne, où l’Hôpital cantonal reçoit 89,5% de ses ressources directement de l’Etat dans les années 1855–1880, le solde provenant des pensions versées par les quelques malades non indigents,¹⁷ tandis que l’Hôpital de la Ville de Neuchâtel dépend du budget municipal à 84,9% dans les années 1852–1855.¹⁸ Pour les autres hôpitaux urbains d’origine ancienne, qui possèdent une grande fortune, l’essentiel des revenus repose sur un très fort autofinancement (revenus de la

fortune) et les dons charitables. L'Hôpital bourgeois de Porrentruy connaît ainsi un taux d'autofinancement moyen de 85,9% sur l'ensemble de la période 1815–1870,¹⁹ alors qu'à l'Hôpital des Bourgeois de Fribourg, cette part se monte à 91,3% en 1880 et à 88,4% en 1890.²⁰ Quant à l'Hôpital Pourtalès (NE), ouvert en 1811 mais fondé dans une logique d'Ancien Régime, avec une fortune colossale offerte par la famille de Pourtalès, il se développe fortement au cours du 19^e siècle (274 malades en 1820; 558 en 1850; 750 en 1890) tout en maintenant de forts taux d'autofinancement (95,1% en 1820; 99,8% en 1850; 98,9% en 1890).²¹ De même, à l'Hôpital général de Genève, établissement urbain ancien qui se modernise et s'ouvre aux classes moyennes durant les années 1830 et 1840,²² la croissance de l'établissement repose essentiellement sur sa fortune accumulée sous l'Ancien Régime, dont les revenus assurent une part croissante des ressources (43,1% en 1820 et 63,5% en 1850).²³ Pour tous ces établissements urbains d'Ancien Régime se pose toutefois la question de l'influence des administrations hospitalières sur l'évolution des ressources. Qu'il s'agisse d'institutions possédant une large fortune faite de l'accumulation de dons au cours du temps ou d'hôpitaux dépendant du budget de l'Etat, on a affaire à des ressources sur lesquelles les administrateurs ont une maîtrise très limitée et qui apparaissent comme difficilement extensibles du seul fait de leur volonté. La modernisation de l'infrastructure hospitalière dans les années 1890–1900 révélera ainsi la nécessité de diversifier ces revenus.

Les hôpitaux régionaux et de district, qui ne possèdent pas les fortunes des établissements d'Ancien Régime, fonctionnent dans un contexte matériel similaire. Jusque dans les années 1890–1900, leurs ressources proviennent en grande partie d'un financement privé (dons, legs, etc.) et de l'autofinancement. Dans le canton de Vaud, en 1900, ces deux types de ressources représentent ainsi 55% de l'ensemble des revenus à l'Hôpital de Montreux, 57% à Morges, 28% à Nyon, 63% à Sainte-Croix et 58% à Yverdon.²⁴ La situation est semblable dans les établissements fribourgeois, avec par exemple 50,9% de revenus privés et propres à l'Hospice de Billens (FR) en 1880.²⁵ A Neuchâtel, Thierry Christ a de même montré toute l'importance de l'autofinancement et du soutien privé dans le financement des établissements hospitaliers durant la seconde partie du 19^e siècle.²⁶ Enfin, même dans le canton de Berne, où l'Etat accorde des subventions aux hôpitaux régionaux depuis 1848, la part privée et propre est importante: elle se monte en 1870 à 51,5% des recettes à Delémont et à 90,1% à Saignelégier.²⁷ Si cette structure de financement permet d'assurer le fonctionnement de petits hôpitaux locaux, elle pose toutefois des problèmes de gestion à moyen terme. L'exemple de l'Hôpital de Nyon illustre bien ces difficultés. Les dons qu'il reçoit durant les années 1880–1900 (62% des recettes totales en 1880 et 17% en 1900) sont en effet très variables au cours du temps. En moyenne, ils se montent à 4142 frs. par année mais ils oscillent très fortement, passant de moins de 2000 frs. (1884, 1892) à plus de 10'000 frs. (1890).²⁸ Ce type de ressources est ainsi

peu prévisible et difficilement extensible, ce qui pose des problèmes de gestion. En effet, lorsqu'il s'agira d'investir – souvent grâce à des emprunts bancaires – les administrateurs se trouveront confrontés au besoin de s'assurer une certaine stabilité dans leurs revenus.

L'hôpital industrialisé

Les établissements hospitaliers sont l'objet d'une profonde modernisation dans les années 1890 et 1900, qui se poursuit durant toute l'entre-deux-guerres, et dont les principaux promoteurs en Suisse romande proviennent d'une nouvelle génération de chirurgiens, généralement formée dans l'espace germanique et qui intervient dans les hôpitaux pour en faire de véritables machines à guérir. L'industrialisation de la médecine hospitalière, entre 1880 et 1920, change ainsi fondamentalement la nature de l'hôpital, dont la fonction devient de moins en moins sociale et de plus en plus médicale. Objet d'un double mouvement de mécanisation (de l'infrastructure médico-technique) et de concentration (du travail et des malades) typique d'autres secteurs économiques, l'hôpital s'affirme comme le lieu du travail médical par excellence. Pour les administrations hospitalières, l'enjeu va alors être d'assurer le financement de ces hôpitaux réorganisés – hausse des dépenses d'exploitation et amortissement des dépenses d'équipement – et, pour les établissements dépendant de ressources publiques, de mieux maîtriser elles-mêmes leurs ressources en s'affranchissant de cette tutelle étatique. Cette quête d'indépendance se mesure bien dans le cas de l'Hôpital cantonal de Lausanne. On y observe en effet une chute très nette de la dépendance envers le budget de l'Etat au cours des années 1890–1920: tandis que les subventions publiques représentent près de 90% des recettes hospitalières jusqu'à la fin des années 1880, elles connaissent une forte tendance à la baisse pendant quatre décennies (80,4% en 1890; 72,6% en 1900; 67,5% en 1910) pour se stabiliser aux alentours de 50% à la fin des années 1920.²⁹ Un phénomène similaire s'observe dans d'autres établissements du même type. A l'Hôpital de la Ville de Neuchâtel par exemple, la part des dépenses couverte par la caisse communale passe de 54,4% en moyenne dans les années 1890 à 21,1% en moyenne pour la période 1910–1915.³⁰ Quant aux hôpitaux régionaux et de district, ils présentent aussi une chute de leurs ressources traditionnelles (autofinancement et dons) après 1900. L'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel en est un excellent exemple. Ses ressources propres, qui étaient encore de 86,0% des recettes en 1900 et 72,8% en 1905, chutent à 33,2% en 1920 puis à 28,5% en 1930 et 14,6% en 1950.³¹ De manière générale, le financement privé, qui était largement majoritaire au sortir du 20^e siècle, diminue très fortement durant les années 1900–1930, une tendance qui se renforce dans les années 1930–1950 (tab. 1).

Quelle que soit la nature des établissements hospitaliers et leur fortune avant 1900, tous sont ainsi contraints de dégager des revenus croissants afin de financer leur modernisation, ce que traduisent ces statistiques. On assiste donc dans la première partie du 20^e siècle à une profonde réorganisation du financement hospitalier. Deux grands types de nouvelles ressources sont mises en œuvre: les patients rentables et les services annexes.

Vers la course au malade rentable

Les différents hôpitaux cherchent à rentabiliser la clientèle hospitalière, en la faisant participer aux frais d'hospitalisation. On peut diviser cette clientèle en quatre catégories. Il y a tout d'abord les classes aisées, qui se faisaient traditionnellement soigner à domicile, et qui viennent chercher une modernité médicale dans les établissements hospitaliers. C'est pour capter cette clientèle très rentable que se multiplient les cliniques privées au cours des années 1880–1920, essentiellement dans les centres urbains. S'il s'agit essentiellement d'établissements de taille très réduite appartenant à des professeurs de médecine, on a pourtant aussi affaire à la naissance de cliniques privées collectives, mises sur pied par des groupes de médecins et d'investisseurs, à l'exemple de la Clinique générale de Genève SA, de la Clinique du Crêt de Neuchâtel et de la Clinique Montbrillant de La Chaux-de-Fonds, toutes trois fondées dans les années 1890. Les soins hospitaliers des classes aisées deviennent ainsi un enjeu financier non négligeable. Les hôpitaux cherchent aussi de leur côté à attirer cette partie de la population, en ouvrant des divisions privées. Dans un premier temps, ce sont surtout les grands urbains qui connaissent ce type de services. Ainsi, des premières chambres pour la clientèle privée des chirurgiens-chefs sont ouvertes dans les hôpitaux cantonaux de Lausanne (1883), de Genève (1904) et de Fribourg (1940). La clientèle aisée a une incidence très marquée sur le fonctionnement financier des hôpitaux. Ainsi, à l'Hôpital cantonal de Lausanne, les pensions versées par les malades en chambres privées représentent 22,1% de l'ensemble des recettes d'exploitation de l'établissement au cours des années 1900–1930.³² De même, dans le nouvel Hôpital de la Ville de Neuchâtel, ouvert en 1914, la division privée rapporte des ressources non négligeables, puisque les hospitalisations de ce service représentent 12,3% des recettes d'exploitation entre 1925 et 1945.³³ Au cours de l'entre-deux-guerres, les établissements hospitaliers non universitaires ouvrent eux aussi des divisions privées, un changement qui correspond souvent avec une réorganisation générale de l'hôpital et l'arrivée de nouvelles générations de chirurgiens. C'est par exemple le cas à l'Hôpital de Montreux. Cet établissement, qui connaît depuis son ouverture en 1877, des difficultés financières chroniques, abandonne le modèle philanthropique au profit d'un nouvel hôpital modernisé, réclamé avec insistance par les médecins, ouvert en 1927. Or, le fonctionnement financier de ce nouvel établissement repose sur une hausse généralisée des taxes d'hospitalisation – dénoncée en 1933 par le seul

Tab. 1: *Ressources privées par rapport à l'ensemble des recettes, en %,*
dans quelques hôpitaux régionaux et de district de Suisse romande, 1900–1950

Hôpital	1900	1930	1950	1900–1930 en %	1930–1950 en %
Hôpital de la Béroche (NE)	–	40,5	19,3	–	-52,3
Hôpital de Couvet (NE)	88,5	64,8	13,8	-26,8	-78,7
Hôpital du Locle (NE)	68,4	34,6	?	-49,4	–
Hôpital de Saint-Imier (JB) ^{*1}	23,4	13,5	2,6	-42,3	-80,7
Hôpital de Saignelégier (JU)	50,8	39,5	5,5	-22,3	-86,1
Hôpital de Delémont (JU) ^{*2}	32,6	13,1	?	-59,9	–
Hôpital de Riaz (FR)	75,7	31,3	6,2	-58,7	-80,2
Hôpital d'Estavayer (FR)	40,3	?	9,9	–	–
Hôpital Gourgas (GE) ^{*3}	84	54,8	37,3	-34,8	-31,9
Hôpital de Montreux (VD) ^{*4}	54,4	2,8	1,4	-94,9	-50,0
Hôpital de Payerne (VD) ^{*5}	47,9	34,8	12,8	-27,4	-63,2
Hôpital d'Yverdon (VD)	57,9	19,5	3,7	-66,4	-81,0

*1 Chiffres pour 1901, 1935 et 1950. *2 Chiffres pour 1901 et 1930. *3 Chiffres pour 1900, 1930 et 1947.
*4 Chiffres pour 1900, 1938 et 1950. *5 Chiffres pour 1899, 1930 et 1948.

Source: Rapports annuels des établissements hospitaliers, diverses années.

Tab. 2: *Malades admis à l'Hôpital de Montreux, en %, 1938–1960*

	1938	1950	1960
Chambres privées	–	13,1	19,7
Chambre commune (paiement par les malades)	57,4	56,0	36,0
Etat (assistance)	22,8	16,5	20,0
Assurances	17,9	14,3	23,4
Admis gratuitement	0,2	–	–
Employés de l'hôpital	1,7	0,2	0,9

Source: Hôpital de Montreux, rapports annuels, chiffres non donnés avant 1938.

membre socialiste du conseil d'administration – et l'attrait des classes aisées. Les malades en chambres privées représentent en effet une part croissante des malades: 4,4% en 1940; 13,1% en 1950; 19,7% en 1960.³⁴

Deuxièmement, les classes moyennes commencent à être soumises au paiement de leur pension. Il faut entendre par classes moyennes les malades qui ne sont pas considérés comme indigents mais qui ne sont pas pour autant hospitalisés dans des services privés. Ils forment l'écrasante majorité des malades du nouvel hôpital industrialisé. Si, pour de nombreux établissements hospitaliers, l'état de la documentation ne permet pas de savoir qui prend véritablement en charge les pensions des malades hospitalisés en chambres communes (assurances, famille, collectivités publiques au titre de l'aide sociale), les quelques exemples qui permettent de connaître ces données montrent que les patients payant eux-mêmes leur hospitalisation deviennent nombreux au cours de l'entre-deux-guerres. A l'Hôpital cantonal de Genève, leur proportion passe par exemple de 15% de l'ensemble des malades en 1910 à 35% en 1930,³⁵ tandis qu'à Montreux, ils sont plus de la moitié des hospitalisés au cours des années 1938–1950 (tab. 2). Enfin, à l'Hôpital de Moutier, le nombre de malades payant eux-mêmes leur hospitalisation passe de 33,6% en 1905 à 61,6% en 1910 et à 75,4% en 1937.³⁶ Enfin, les pensions versées en chambres communes se montent à 66,2% des recettes d'exploitation de l'Hôpital cantonal de Lausanne au cours des années 1900–1930.³⁷ Dans cet établissement, un système de calcul du montant de la pension selon le revenu et la fortune du malade est instauré en 1885 afin de répondre au mieux à la situation sociale de chaque personne hospitalisée. Ce mode de calcul évoluera passablement au cours des années mais l'administration hospitalière lausannoise conservera une différentiation graduelle entre l'indigent dit complet et le non indigent jusque dans l'après-guerre, lorsque les conventions d'hospitalisations homogénéiseront les conditions dans l'ensemble du canton.

Troisièmement, on remarque le développement des malades affiliés à des assurances-maladies qui prennent en charge l'hospitalisation de leurs membres. Cas de figure encore relativement rare au début du 20^e siècle, il prend une importance plus grande au cours de l'entre-deux-guerres. Bien que les données lacunaires des archives hospitalières à propos des assurances ne permettent que difficilement de mesurer l'ampleur du phénomène avec précision, les chiffres dont nous disposons révèlent une tendance générale à la hausse durant l'entre-deux-guerres. Ainsi, à l'Hôpital cantonal de Genève, les pensions versées par les sociétés de secours mutuels représentent 8% de l'ensemble des journées d'hospitalisation en 1920, 15% en 1930 et 33% en 1950.³⁸ L'Hôpital cantonal de Fribourg, encore peu modernisé, voit la part des pensions versées par des assurances se monter à 6,0% de ses recettes dans les années 1930.³⁹ La tendance est similaire dans les hôpitaux régionaux et de district. Celui de Montreux par exemple voit les assurances prendre en charge 9% des journées d'hospitalisation en 1920 et 8% en 1930; en 1938 elles financent les hospitalisations de 17,9% des

malades.⁴⁰ A Moutier, les assurances payent les pensions de 16,9% des malades en 1937. Pour l'ensemble de la Suisse, les dépenses hospitalières des assurances-malades se montent à 9,3 mio. de frs. en 1933,⁴¹ tandis que la seule Suisse romande n'en comptait que 7874 frs. en 1880 et 17'913 frs. en 1903.⁴² Il faut aussi tenir compte de l'entrée en activité de la Caisse nationale d'assurance (CNA/SUVA) en 1918, ce qui favorise l'hospitalisation des victimes d'accidents pour lesquelles des conventions tarifaires sont signées par les hôpitaux au cours des années 1910.

Enfin, les indigents ne disparaissent pas des hôpitaux mais voient leurs pensions peu à peu prises en charge par les collectivités publiques au titre de dépenses d'assistance. La gratuité offerte aux pauvres malades tend ainsi à diminuer très fortement, voire à disparaître. A l'Hôpital cantonal de Lausanne, les journées gratuites d'hospitalisation sont en chute libre au début du 20^e siècle: elles passent de 62,7% en 1900 à 34,6% en 1922.⁴³ Quant à l'Hôpital Poutalès, il décide en 1920 l'abandon de la gratuité accordée jusque-là aux indigents en 1920 en raison de la prise en charge des hospitalisations d'indigents par les collectivités publiques. A Montreux, la gratuité touche 27% des malades en 1900, 9% en 1915 et 3% en 1920, avant de complètement disparaître en 1941. Dans le canton de Berne, cet abandon est précoce et explique l'importante participation de l'Etat et des collectivités publiques dans le financement hospitalier. Ainsi, en 1903, l'Hôpital de Porrentruy est le seul du canton à encore accorder la gratuité aux indigents du district, selon une tradition qui remonte à la fin du 18^e siècle.⁴⁴ Cet abandon se fait parfois, comme c'est le cas des polycliniques de l'Hôpital cantonal de Lausanne,⁴⁵ sous pression du corps médical qui voit dans cette habitude une perte de revenus. Cela ne signifie toutefois pas que les hôpitaux se tournent prioritairement vers une clientèle rentable qui a les moyens de financer son séjour hospitalier. Les administrations hospitalières continuent à prendre en charge les indigents mais plus de manière gratuite: les collectivités publiques – communes et/ou Etat, selon le canton – financent désormais l'hospitalisation de cette partie de la population, au titre de dépenses d'assistance publique. Cette prise en charge est très difficilement mesurable car les administrations hospitalières ne l'isolent que rarement dans leur comptabilité. L'exemple de l'Hôpital cantonal de Genève montre toutefois que les indigents restent très présents dans l'institution modernisée: l'assistance publique médicale y prend en charge une proportion certes décroissante des hospitalisations mais qui reste très élevée (82% des journées en 1910; 50% en 1930; 38% en 1950),⁴⁶ Un autre indicateur de la permanence des indigents au sein de l'hôpital modernisé est, pour le canton de Vaud, les subsides étatiques versés aux hôpitaux régionaux pour l'hospitalisation des malades indigents: ils connaissent une croissance régulière durant l'entre-deux-guerres (130'400 frs. en 1910; 255'190 en 1930; 372'686 en 1945).⁴⁷

La modernisation hospitalière et la course au malade rentable ne bouleversent ainsi pas fondamentalement la structure de la population hospitalisée. Si l'on remarque

bien l'arrivée de nouvelles catégories de malades au cours de l'entre-deux-guerres, principalement les ressortissants des classes aisées et les personnes affiliées à des assurances, celles-ci ne remplacent pas pour autant les anciennes catégories de malades (classes moyennes et indigents). Ces dernières sont toutefois soumises à de nouvelles contraintes financières qui se reportent sur les collectivités publiques. Pour les administrations hospitalières, le principe du paiement de la pension se généralise, quel que soit le type de malade, et participe des nouveaux besoins financiers des établissements hospitaliers.

La rentabilisation des services annexes: l'exemple de la radiologie

La seconde ressource nouvelle mise en œuvre afin de diversifier et d'augmenter les revenus hospitaliers est constituée des services annexes ou diagnostics (laboratoires, diathermie, radiologie, etc.) qui sont rentabilisés par leur mise à disposition du public hospitalisé, ainsi que des médecins privés externes à l'hôpital qui y recourent pour leurs besoins propres. De par les bénéfices qu'ils dégagent, ils deviennent une source de financement sur laquelle les administrations hospitalières ont une influence.

La radiologie est une excellente illustration de ce phénomène. Les premières installations radiologiques font leur apparition dans les grands hôpitaux urbains au cours des années 1890 et 1900 (Genève 1896, Lausanne 1898, Neuchâtel-Pourtalès 1904, La Chaux-de-Fonds 1905, etc.) puis se diffusent dans l'ensemble des établissements hospitaliers romands au cours des années 1910–1930.⁴⁸ Cette nouvelle technologie qui permet de voir à travers les corps (radiographies) et d'envisager le traitement de certaines maladies (radioscopies) s'impose comme une infrastructure médico-technique centrale dans la nouvelle médecine hospitalière. Cependant, au-delà des seuls apports en terme technique, la radiologie a une incidence bénéfique en termes financiers pour la bonne marche des hôpitaux dont elle contribue à diversifier les sources de financement. D'une part, la radiologie a probablement joué un rôle important dans le changement d'image de l'hôpital au tournant du siècle et a sans doute contribué à y attirer la clientèle aisée, séduite par le caractère moderne et novateur de cette nouvelle technologie médicale.⁴⁹ D'autre part, la radiologie a des effets financiers beaucoup plus directs. Le recours à cette infrastructure est en effet facturé aux malades qui l'utilisent et rapporte une part croissante de ressources: elle se monte, dans l'entre-deux-guerres, à plus de 10% des recettes d'exploitation dans les grands hôpitaux urbains, et à près de 5% dans les établissements provinciaux (tab. 3). Partout, ces services sont extrêmement rentables. Ainsi, à l'Hôpital cantonal de Lausanne, le service de radiologie dégage un bénéfice net (après amortissement, mise en réserve et distribution d'un bonus au médecin-chef) de 30,6% pour les années 1935–1945.⁵⁰

Les services de radiologie ne s'adressent pas uniquement aux malades hospitalisés

Tab. 3: *Recettes de radiologie par rapport aux recettes totales dans quelques établissements hospitaliers romands durant l'entre-deux-guerres*

Hôpital	Période	Radiologie en %
Hôpital cantonal, Lausanne	1920–1945	12,1
Hôpital cantonal, Fribourg	1932–1945	9,5
Hôpital de la Ville, Neuchâtel	1920–1945	12,2
Hôpital régional, Aigle (VD)	1933–1945	7,3
Hôpital de district, Moutier (BE)	1920–1939	4,3

Source: Rapports annuels des établissements hospitaliers, diverses années.

mais à l'ensemble de la population. Les hôpitaux cherchent d'ailleurs activement à capter la clientèle des médecins établis dans des cabinets privés, avant que ceux-ci ne disposent de leur propre installation. Ainsi, lors de l'inauguration du service de radiologie de l'Hôpital de la Ville de Neuchâtel, le Dr Edouard Bauer déclare qu'il doit «servir tout aussi bien aux malades de la ville qu'à ceux de l'Hôpital.»⁵¹ En 1928, une annexe est même établie au centre ville, afin d'être plus proche du marché de la médecine ambulatoire. Dans le même ordre d'idée, les administrateurs de l'Hôpital de Saint-Imier proposent en 1925 de «verser aux médecins une prime d'encouragement pour chaque malade et chaque radiographie qu'ils procureraient à l'Hôpital»⁵² mais le projet est abandonné.

Par leur dimension financière, les services de radiologie induisent une forte compétition entre hôpitaux, qui désirent sans cesse disposer des meilleurs équipements et attirer dans leur établissement un nombre croissant de malades. C'est surtout vrai dans les centres urbains qui disposent de plusieurs infrastructures de la radiologie, notamment à Genève et à Lausanne, où les hôpitaux publics sont confrontés à la présence de cliniques privées bien équipées (Clinique générale SA à Genève; Clinique Cecil à Lausanne) et à la nécessité de toujours perfectionner leur équipement. Ainsi, à Lausanne, le Conseil de Santé et des Hospices de l'Etat de Vaud déclare en 1931 qu'«il faut que l'installation radiologique de l'Hôpital cantonal soit la première du canton.»⁵³ La compétition inter-hospitalière ne se limite toutefois pas aux seuls services radiologiques.

Un marché des soins compétitif

On assiste en effet dans l'entre-deux-guerres à une véritable course au malade rentable et à l'accroissement des parts de marché de la part des établissements hospitaliers. C'est cette nécessité de financer le nouvel hôpital industrialisé qui inscrit ce dernier

au cœur du marché des soins et en fait une véritable entreprise de services. Cette situation mène en fin de compte à une confrontation entre les divers hôpitaux, qui cherchent tous à attirer un nombre croissant de malades rentables, tels que les cas chirurgicaux aigus et ceux qui recourent à la radiologie. Deux types principaux de confrontations peuvent être mis en lumière.

Il y a tout d'abord les conflits qui opposent les établissements publics entre eux. On observe ainsi dans certains cantons des conflits de type régionaliste entre hôpitaux cantonaux et hôpitaux de district/régionaux. C'est dans le canton de Vaud que ces conflits sont les plus forts. Dans les années 1930, l'Hôpital cantonal cherche à accroître sa clientèle hospitalière dans le but d'amortir son équipement et d'assumer sa tâche d'enseignement universitaire. Les professeurs de la Faculté proposent ainsi une réorganisation territoriale et fonctionnelle de l'hospitalisation: les cas aigus seraient pris en charge à Lausanne, où l'on centraliserait les nouveaux investissements d'importance, tandis que les hôpitaux régionaux se réorienteraient vers la prise en charge de vieillards, de tuberculeux, de malades chroniques, bref de cas difficilement curables et peu rentables. Cette proposition soulève un tollé dans l'ensemble du canton. Les hôpitaux régionaux s'organisent en un lobby structuré, l'Association des infirmières vaudoises (1930), et interviennent avec succès au Grand Conseil pour sauver le statu quo.⁵⁴ La situation est similaire dans le canton de Fribourg où, malgré l'absence d'une Faculté de médecine, la question de la construction d'un nouvel Hôpital cantonal au milieu des années 1950 est l'occasion d'un vif conflit avec les hôpitaux régionaux, ainsi qu'avec l'Hôpital des Bourgeois, pour des raisons semblables à celles observées en terre vaudoise.⁵⁵

Le deuxième grand type de conflits hospitaliers se noue entre hôpitaux publics et cliniques privées. La compétition est très forte entre les deux types d'établissements et se fait principalement au détriment des cliniques privées, puisque les hôpitaux publics bénéficient de subventions publiques leur permettant de pratiquer des tarifs concurrentiels. Il faut aussi tenir compte des difficultés économiques des années 1930 qui s'avèrent défavorables aux cliniques. De nombreuses tensions, voire conflits ouverts, s'observent ainsi au cours des années 1930–1940, non seulement dans les villes universitaires de Genève et de Lausanne, mais aussi dans les villes de seconde importance. C'est par exemple le cas à La Chaux-de-Fonds entre l'Hôpital communal et la Clinique Montbrillant. Cette dernière connaît une forte baisse de ses activités suite à l'ouverture de services privés et semi-privés à l'hôpital (déficit de 140'000 frs. en 1943). Aussi tente-t-elle un accord avec l'établissement public qui refuse l'offre (1943).⁵⁶ La situation est similaire à Genève où, malgré des difficultés financières liées à la crise des années 1930, la Clinique générale décide de baisser ses tarifs (1934 et 1936) et d'investir dans une nouvelle installation de radiologie (1935) «afin que notre outillage reste l'un des meilleurs de Genève et en vue de compenser par la bienfacture du travail, l'inconvénient de la distance de la clinique.»⁵⁷

Conclusion

L'industrialisation de la médecine hospitalière débouche sur des relations inter-hospitalières d'un type nouveau. On passe en effet d'une situation de complémentarité géographique (un hôpital par région) et sociale, qui prévalait au milieu du 19^e siècle, à une situation de concurrence accrue au cours de l'entre-deux-guerres. Or, cette situation concurrentielle a des effets financiers néfastes, en raison de la pression à la baisse qu'elle exerce sur les pensions payées par les malades. Il y a tout d'abord un problème de rentabilité qui touche l'écrasante majorité des établissements hospitaliers, qui connaissent des exercices déficitaires au cours des années 1930 et 1940 mais qui ne peuvent que difficilement augmenter leur prix de pension, au risque de perdre des malades. Ensuite, cette pression à la baisse rend difficile la modernisation de l'infrastructure médico-technique, notamment dans les hôpitaux universitaires, qui auraient besoins de nouveaux équipements et d'une concentration des malades pour les besoins de l'enseignement universitaire. Cette situation est aussi défavorable aux médecins, dont les honoraires stagnent, sauf pour les chirurgiens. En fin de compte, seules les assurances maladies bénéficient de cette pression sur les tarifs hospitaliers. Mais elles sont encore relativement peu développées, non organisées en lobby et peu interventionnistes sur la plan politique.

Tous ces acteurs préterités par les effets néfastes de l'organisation concurrentielle du marché des soins se tournent auprès des Etats cantonaux, qui par leurs interventions après 1945, annulent cette concurrence, essentiellement par deux moyens. Il y a tout d'abord la signature de conventions d'hospitalisation entre les divers partenaires (hôpitaux, médecins, assurances, etc.), qui aboutissent à l'égalisation des conditions d'hospitalisation au sein d'un même canton. Cette mesure annule ainsi la concurrence entre les établissements et permet une hausse généralisée des tarifs, afin d'améliorer l'équilibre budgétaire et les possibilités d'investissement des hôpitaux. En compensation, les différents cantons adoptent des lois de soutien aux assurances-maladies pour que cette hausse ne préterite pas la croissance des affiliations,⁵⁸ suivant en cela la politique fédérale mise en vigueur après 1911.⁵⁹ Dans un second temps, les Etats cantonaux adoptent des planifications ou des lois hospitalières, qui permettent une division des tâches et un partage du marché des soins (géographique et fonctionnel) entre les divers établissements d'un même territoire cantonal. On aboutit ainsi à une véritable cartellisation de la médecine hospitalière après 1945, un système qui va s'avérer comme l'un des piliers de la formidable croissance sanitaire des années 1945–1990.

Notes

- 1 Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les coûts de la santé représentaient 11,5% du PIB en 2003. Source: www.bfs.admin.ch (consulté en septembre 2005).
- 2 En 2004, les dépenses d'exploitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) se sont montées à plus de 916 mio. de Fr. et celles des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) à près de 1330 mio. de Fr. Source: rapports annuels des établissements, 2004.
- 3 Voir Donzé, Pierre-Yves, *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois, 1840–1960*, Université de Neuchâtel, thèse pour l'obtention du grade de docteur, 2005, 417 p.
- 4 Compte-rendu du Conseil d'Etat (CRCE), Département de l'Intérieur, diverses années.
- 5 Archives de la ville de Neuchâtel (AVN), Fonds de l'Hôpital Pourtalès (HP), acte de fondation de l'Hôpital Pourtalès, 14 janvier 1808.
- 6 AVN, HP, rapports de l'intendant, 1815–1833. Ces chiffres ne sont plus connus après 1834.
- 7 AVN, registre des malades de l'Hôpital de la Ville, 1833–1847.
- 8 La gratuité des soins ne leur est pas offerte mais est prise en charge par diverses fondations destinées aux indigents. Archives de l'Etat de Genève (AEG), T 1 34/6, *Rapport du Conseil de Santé à la Commission du Grand Conseil...*, 18 juin 1849.
- 9 Voir Donzé, Pierre-Yves, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève 2003, p. 67–70.
- 10 Voir Donzé (cf. Note 9).
- 11 Voir Donzé (cf. Note 3).
- 12 Pour Fribourg, voir Donzé (cf. Note 9), p. 132–134; pour le Valais, voir Vouilloz Burnier, Marie-France; Barras, Vincent, *De l'hospice au réseau santé. Santé publique et systèmes hospitaliers valaisans, XIXe–XXe siècles*, Sierre 2004, 441 p.
- 13 *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique*, 1870, p. 261–262.
- 14 *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique*, 1876, p. 220. C'est Germond qui souligne.
- 15 L'Hôpital bourgeois de Sion est un bon exemple de la persistance de ce caractère multifonctionnel au début du 20^e siècle. Voir Vouilloz Burnier/Barras (cf. note 12).
- 16 Hôpital de Montreux, rapport annuel 1881, p. 6–7
- 17 CRCE, Département de l'Intérieur, 1855–1880.
- 18 AVN, HV, plenum des séances de l'Hôpital bourgeois, 1852–1855.
- 19 Archives de la bourgeoisie de Porrentruy, Fonds de l'Hôpital, comptes, 1815–1870.
- 20 CRCE, Département de l'Intérieur, 1880–1890.
- 21 AVN, HP, rapports annuels, 1820–1890.
- 22 Sur cette modernisation de l'Hôpital général de Genève, voir Joëlle Droux, «Personnel soignant et médicalisation de l'hôpital: les liaisons fiévreuses», in: Walter, François (éd.), *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle*, Carouge-Genève 1992, p. 93–120, et Donzé (cf. Note 9), p. 45–49.
- 23 AEG, AH, Ae, rapports annuels de l'Hôpital général, 1820 et 1850.
- 24 Donzé (cf. Note 9), p. 226.
- 25 CRCE, Département de l'Intérieur, 1880.
- 26 Voir Christ, Thierry, «De la bienfaisance privée à l'Etat social? Mise en place, financement et contrôle du réseau hospitalier et institutionnel (orphelinats, hospices) à Neuchâtel (1815–1914)», *Revue historique neuchâteloise*, 1997, p. 23–51.
- 27 Archives de l'Etat de Berne, BB XI 667 et 724.
- 28 Hôpital de Nyon, rapports annuels, 1880–1900.
- 29 CRCE, Département de l'Intérieur, 1855–1950.
- 30 AVN, *Rapports de gestion de la commune de Neuchâtel*, 1890–1915.
- 31 AVN, *Rapports de gestion de la commune de Neuchâtel*, 1900–1950.
- 32 CRCE, Département de l'Intérieur, 1900–1930.
- 33 AVN, *Rapports de gestion de la commune de Neuchâtel*, 1925–1945. Ce chiffre n'est pas publié avant 1925.

- 34 Voir Donzé (cf. note 3), p. 293. Chiffres inconnus avant 1940.
- 35 Hôpital cantonal de Genève, rapports annuels, 1910–1930.
- 36 Hôpital de Moutier, rapports annuels, 1905–1937. Les chiffres ne sont pas connus pour les années 1911–1936.
- 37 CRCE, Département de l'Intérieur, 1900–1930.
- 38 Hôpital cantonal de Genève, rapports annuels, 1920–1950.
- 39 Archives de l'Etat de Fribourg, rapports annuels de l'Hôpital cantonal, 1930–1940.
- 40 Hôpital de Montreux, rapports annuels, diverses années.
- 41 *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, 1933, p. 126.
- 42 Kinkelin Hermann, *Les sociétés de secours mutuels de la Suisse en 1880*, Berne 1888 et *Les sociétés de secours mutuels en Suisse en l'année 1903*, Berne, Département fédéral de l'Industrie, 1907.
- 43 CRCE, Département de l'Intérieur, 1900–1922. Ces chiffres ne sont plus communiqués après 1922.
- 44 Archives de l'Hôpital régional de Porrentruy, procès-verbaux de la direction, 14 novembre 1903.
- 45 Voir Donzé (cf. Note 9), p. 189–191.
- 46 Hôpital cantonal de Genève, rapports annuels, 1910–1950.
- 47 CRCE, Département de l'Intérieur, 1910–1945. Si l'on tient compte de l'inflation, cette hausse est réelle mais beaucoup plus limitée. En francs 1914, on obtient les sommes suivantes: 119'968 frs. en 1910; 161'512 frs. en 1930; 170'956 frs. en 1950. Source: *Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, diverses années.
- 48 Des installations de radiologie sont inaugurées à Porrentruy (1904), Saint-Imier (1909), Brigue (1910), Couvet (1910), Saint-Loup (1910), Delémont (1912), Monthey (1912), Le Locle (1913), Neuchâtel-Cadolles (1914), Landeyeux (1915), Morges (1915), Moutier (1915), Neuchâtel-Providence (1915), Martigny (1917), Saignelégier (1919), Saint-Aubin (1919), Sainte-Croix (1919), Sion (1920), Rolle (1924), Riaz (1926), Fleurier (1927), Montreux (1927), Aigle (1931), Genève-Butini (1931), Payerne (1931), etc. Source: rapports annuels des établissements hospitaliers, diverses années. Sur cette question, voir l'excellent ouvrage de Monika Domman, *Durchsicht. Einsicht. Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen, 1896–1963*, Zurich 2003, 447 p.
- 49 C'est ce qu'affirme Joel Howell pour les Etats-Unis. Les sources sont toutefois très évanescentes pour étayer une telle thèse. Voir Joel Howell, *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the early Twentieth Century*, Baltimore 1995, 341 p.
- 50 Chiffres calculés à partir de CRCE, Département de l'Intérieur, 1932–1945 et ACV, K VIII D, diverses années. On ne possède pas de chiffres avant 1932.
- 51 AVN, *Rapports de gestion de la commune de Neuchâtel*, 1915, p. 344.
- 52 Archives de l'Hôpital de Saint-Imier, procès-verbaux de la direction, 28 mai 1925.
- 53 ACV, S 73, procès-verbaux du Conseil de Santé et des Hospices, 16 juillet 1931.
- 54 Voir Donzé (cf. note 3), chap. 4.
- 55 Voir Donzé (cf. Note 9), p. 241–244.
- 56 Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, procès-verbaux de la commission administrative, 1943.
- 57 Archives de la Clinique générale SA, procès-verbaux du conseil d'administration, 15 février 1935. La Clinique générale se trouve en effet en-dehors de la ville.
- 58 En effet, en 1944, hormis le Valais (61%), les cantons de romands ont des taux très bas de couverture de leur population par des assurances maladies (Genève 31%, Neuchâtel 27%, Fribourg 25% et Vaud 24%). Les cantons les mieux couverts sont Bâle ville 95%, les Grisons 84%, Schaffhouse 77% et Zurich 73%. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, 1944, p. 172.
- 59 La loi fédérale sur les assurances-maladies adoptée en 1911 entraîne des subventions fédérales pour les assurances reconnues depuis 1914. Pour le seul canton de Genève, le nombre de caisses reconnues passe de 21 en 1914 à 60 en 1928, tandis que les subventions fédérales pour ces caisses passent d'un total de 19'881 frs. en 1914 à 125'316 frs. en 1928. *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, 1929, p. 178.

