

# **Nouvelles technologies médicales et structuration du marché des soins à Genève (1860-1930)**

Autor(en): **Donzé, Pierre-Yves**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire**

Band (Jahr): **19 (2012)**

Heft 2: **PflegeKrisen = Crises des soins**

PDF erstellt am: **23.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-391038>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

---

# Nouvelles technologies médicales et structuration du marché des soins à Genève (1860–1930)<sup>1</sup>

Pierre-Yves Donzé

## Introduction

Le développement de nouvelles technologies médicales à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup> siècle, principalement dans le domaine de la chirurgie et de la radiologie, ont une influence déterminante sur l'organisation des systèmes de santé.<sup>2</sup> Elles inscrivent l'hôpital au cœur du marché des soins et font de la médecine un secteur économique en forte croissance. Toutefois, l'élargissement du marché des soins consécutif à l'introduction de nouvelles technologies soulève de nombreux problèmes, tels que l'accès des médecins à cette infrastructure ou le financement de leur exploitation par les hôpitaux. La transformation de la médecine en business lucratif débouche sur une crise d'organisation du système de santé, dont la résolution prend des formes diverses selon les Etats.<sup>3</sup> Dans certains pays, comme les Etats-Unis, le Japon ou la Grande-Bretagne, le marché des soins est régi jusqu'à la Seconde Guerre mondiale par les lois du libre-marché et de la concurrence entre établissements hospitaliers et médecins. Dans d'autres cas, particulièrement en Europe continentale, certaines formes de régulation du marché, reposant sur la coopération entre les divers acteurs de la santé (collectivités publiques, médecins, milieux philanthropiques, assurances), apparaissent dès le début du 20<sup>e</sup> siècle. L'histoire économique de la médecine est cependant un champ de recherche en émergence et le nombre restreint de travaux académiques ne permet que difficilement d'appréhender dans une perspective comparative la question de la diffusion des nouvelles technologies et l'organisation des systèmes de santé. Dans cette perspective, la Suisse, de par son organisation fédérale, offre un excellent cadre d'analyse. La santé publique dépendant des autorités cantonales, une grande variété de systèmes de soins distincts coexiste en effet sur un petit espace.

Cet article se propose de contribuer à une meilleure connaissance de la question de l'impact des nouvelles technologies médicales sur l'organisation du système médical, avec l'exemple du marché des soins à Genève entre les années 1860 et les années 1930.<sup>4</sup> L'analyse sur une longue durée de l'organisation du sys-

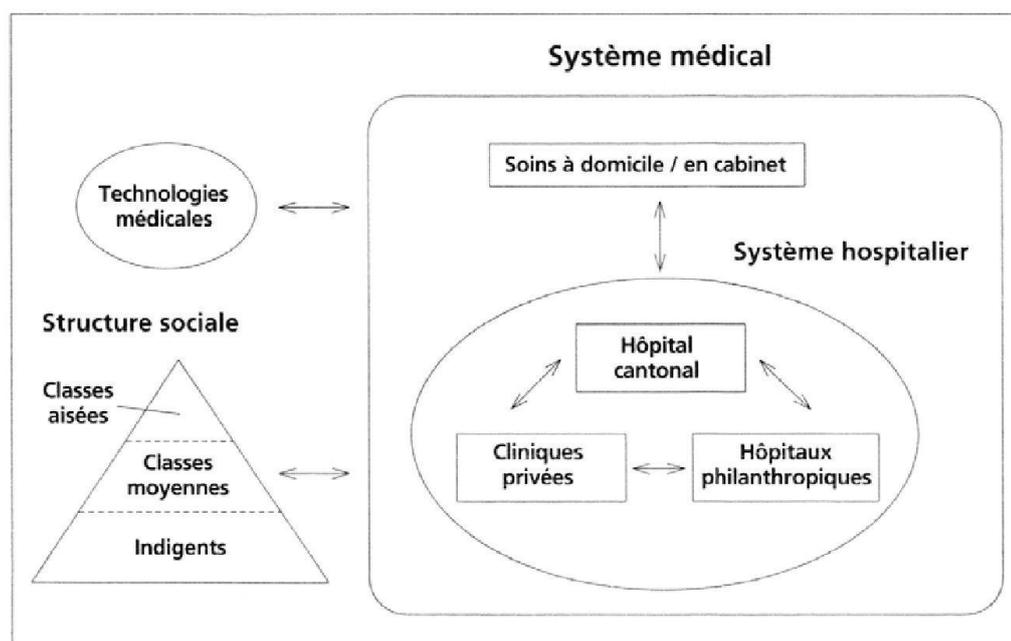


Fig. 1: Organisation du système médical genevois. (Source: Auteur)

tème médical permet de mettre en évidence les grandes ruptures et des modèles organisationnels distincts. L'évolution de la structure sociale et les innovations technologiques ont en effet un impact majeur sur l'équilibre du système médical, en le faisant passer du paradigme philanthropique à un véritable marché. Cette mutation est présentée ci-après en trois étapes. Premièrement, il s'agit des années 1860–1890, soit la période durant laquelle le système médical genevois présente une bipolarisation fonctionnelle et sociale, avec un système hospitalier centré sur des institutions philanthropiques destinées aux classes populaires, d'une part, et des soins à domicile accordés aux classes aisées, d'autre part. La médecine considérée comme activité économique – fondée sur l'offre et la demande de services de soins – est essentiellement limitée aux soins ambulatoires. Deuxièmement, les années 1890–1914 sont une période de rupture due à l'impact de l'essor des classes moyennes et surtout à l'introduction de nouvelles technologies sur l'équilibre du système de santé, avec l'affirmation du système hospitalier au centre du marché des soins, caractérisée par l'apparition de cliniques privées et le début d'une forte compétition entre établissements. Enfin, troisièmement, l'évolution des conditions d'accès des malades à cette nouvelle médecine centrée sur l'hôpital jusque dans les années 1930 permet de montrer comment se résout le problème de la trop forte compétitivité du marché des soins, avec l'adoption d'une certaine régulation de la libre-concurrence.

## Au temps de la philanthropie

Au milieu du 19<sup>e</sup> siècle, le système médical genevois présente une forte bipolarisation entre le marché des soins, limité pour l'essentiel aux activités ambulatoires des médecins, et le système hospitalier, qui s'adresse pour l'essentiel aux indigents et n'est pas inscrit dans une logique de marché. Bien que l'Hôpital général de Genève, dont la fondation remonte au 16<sup>e</sup> siècle, connaisse depuis la fin du 18<sup>e</sup> siècle une modernisation qui l'amène à accorder une plus grande attention aux malades et à voir l'hospitalisation croissante de non-indigents qui paient pour y être acceptés,<sup>5</sup> il est difficile de considérer cette institution comme développant des activités de marché relativement aux soins. Les contributions payées par les malades – qui s'élèvent à 12,2 pour cent de l'ensemble des recettes de l'institution en 1850<sup>6</sup> – servent à couvrir les frais de pension (alimentation, couche, personnel hospitalier) et non les soins proprement dits, les médecins de l'Hôpital général conservant une pratique à domicile comme source de revenus. Les nombreux établissements hospitaliers fondés dans la seconde partie du 19<sup>e</sup> siècle s'inscrivent dans cette logique philanthropique. S'il existe bien une concurrence entre eux, elle relève d'une logique sociale et non économique. En effet, après la révolution démocratique de 1846, les anciennes familles aristocratiques, proches du parti libéral, et les nouvelles élites radicales mettent sur pied chacune leur propre réseau d'institutions sociales, de nature privée pour les premières et publique pour les secondes. La philanthropie est une dimension importante de la lutte sociale et politique qui oppose ces deux élites.

L'Hôpital cantonal de Genève, ouvert en 1856, est un fruit direct de la révolution radicale. Il s'agit d'une institution de grande envergure – 227 lits lors de son ouverture – destinée à recevoir l'ensemble des malades du canton. En outre, il fonctionne comme hôpital universitaire depuis l'ouverture de la Faculté de médecine (1876).<sup>7</sup> Le nombre d'hospitalisation connaît une forte croissance et passe de 1173 malades en 1860 à 2733 en 1890.<sup>8</sup> Cependant, malgré cette dynamique, l'Hôpital cantonal reste un établissement purement caritatif. Les malades hospitalisés sont pour l'essentiel des indigents à qui sont offerts les soins et les médecins de l'établissement, y compris les professeurs en charge de chaires cliniques, conservent une activité de praticien privée comme principale source de revenus.<sup>9</sup>

Quant aux hôpitaux philanthropiques privés, ils sont ouverts par des familles libérales en réaction à la création de l'Hôpital cantonal. Les quatre principaux établissements sont l'Infirmerie Butini de Plainpalais (1859), la Maison Gourgas pour enfants malades (1869), l'Hôpital ophtalmique Rothschild (1874) et l'Infirmerie du Prieuré (1876).<sup>10</sup> Ils présentent de fait des caractéristiques

Tab. 1: *Nombre de malades soignés dans les hôpitaux de Genève, 1860–1945*

	1860	1875	1885	1890	1914	1930	1945
Infirmerie Butini	170	200	310	399	300	227	200
Infirmerie du Prieuré	–	192	274	279	0	0	0
Maison Gourgas	–	92	156	353	700	788	1050
Hôpital Rothschild	–	286	357	423	476	498	285
Total hôpitaux privés	170	770	1097	1454	1476	1513	1535
Hôpital cantonal	1773	2560	2638	2733	7869	8019	12'070
Total général	1943	3330	3735	4187	9345	9532	13'605
Hôpitaux privés (%)	8,7	23,1	29,4	34,7	15,8	15,9	11,3
Hôpital cantonal (%)	91,3	76,9	70,6	65,3	84,2	84,1	88,7

*Note 1:* L'importance relative de l'Hôpital cantonal en 1860 est surévaluée en raison de l'existence d'un hôpital philanthropique catholique entre 1845 et 1875, dont la capacité d'accueil s'élève à environ 300 malades au milieu des années 1860. Voir Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (19e–20e siècles)*, thèse de doctorat non publiée, Université de Genève 2000, 49–61.

*Note 2:* Estimations de l'auteur pour l'Infirmerie Butini et la Maison Gourgas en 1914 et 1945.

*Source:* Rapports annuels des établissements.

organisationnelles proches de celles de l'Hôpital cantonal: accueil de malades indigents et présence de médecins qui conservent une activité professionnelle externe. Leur financement repose en outre sur les dons octroyés par des privés. Ce réseau d'établissements privés connaît un grand succès qui leur permet d'exercer une concurrence face à l'Etat radical dans le domaine de l'assistance aux pauvres. La part de ces hôpitaux dans l'ensemble des hospitalisations du canton est en effet en hausse constante durant les années 1860–1890 et passe de moins de 10 pour cent à plus d'un tiers (cf. tab. 1).

Bien qu'il existe une forte compétitivité, de nature philanthropique, entre l'Hôpital cantonal et les hôpitaux caritatifs privés, le système médical genevois présente une grande stabilité dans la mesure où la séparation entre le marché des soins – centré sur les activités privées des médecins – et le système hospitalier est nette. La diffusion de nouvelles technologies au cours des années 1890–1914 vient rompre cet équilibre.

## L'impact des nouvelles technologies

Au cours des années 1890 et 1900, diverses innovations technologiques, principalement dans le domaine de la chirurgie, ont un impact majeur sur la manière de pratiquer la médecine.<sup>11</sup> Les appareils de radiologie, les équipements de stérilisation, les tables d'opération à plateaux mobiles, ainsi que les laboratoires d'analyse sont introduits dans les hôpitaux et font de ces institutions de soin des acteurs désormais majeurs du marché des soins. Les nouvelles technologies contribuent à faire passer la médecine hospitalière d'une activité philanthropique à un business en croissance. Les malades de toute catégorie sociale commencent à se faire hospitaliser en cas de maladie, afin de bénéficier de l'usage de ces nouvelles technologies. Quant aux médecins, l'accès aux hôpitaux qui se transforment en de véritables plateformes médico-techniques devient un enjeu professionnel majeur.

Par ailleurs, l'arrivée de nouvelles technologies dans les hôpitaux induit une adaptation des méthodes gestionnaires. Elles nécessitent d'importants investissements financiers qui doivent être amortis. Pour ce faire, les hôpitaux cherchent à rentabiliser leur clientèle, soit en attirant les malades aisés, avec la création de services privés, ainsi que les classes moyennes, avec la signature de conventions avec les sociétés de secours mutuels, soit en se faisant payer l'hospitalisation des indigents par les collectivités publiques. Ce sont désormais les malades qui assurent de plus en plus le financement des hôpitaux. Cet état de fait entraîne alors une concurrence d'un type nouveau entre des établissements qui cherchent à capter la clientèle médicale afin d'augmenter leur chiffre d'affaires. La seconde stratégie visant à contrôler les coûts du développement hospitalier est l'engagement de diaconesses de Berne et de Saint-Loup comme personnel infirmier, aussi bien à l'Hôpital cantonal (1891) que dans les établissements philanthropiques (Infirmierie Butini, 1859; Maison Gourgas, 1887). Le faible niveau de leur rétribution permet aux établissements hospitaliers de limiter la hausse des coûts d'exploitation. Par ailleurs, leur application au travail, leur obéissance à la hiérarchie médicale et administrative, ainsi que leur abnégation leur permettent d'assurer des tâches de contrôle du travail et de la discipline dans les établissements où elles sont en activité.<sup>12</sup>

## L'ouverture d'un service privé à l'Hôpital cantonal

L'Hôpital cantonal connaît une période de réorganisation et de transformation dans les années 1890–1914. Les nouveaux services se multiplient et l'infrastructure se modernise, avec l'agrandissement des bâtiments (1890), l'aménagement

d'une installation de radiologie (1896), la création d'un service de dermatologie (1898), puis l'ouverture successive d'une nouvelle maternité (1906), d'une clinique infantile (1910), d'une clinique ophtalmique (1910) et d'une nouvelle clinique de chirurgie (1913). La capacité d'accueil atteint 650 lits en 1910 et permet l'accueil de 5267 patients cette année-là contre seulement 2733 en 1890. Le nombre d'opérations connaît notamment une hausse et passe de 304 en 1889 à 1350 en 1913.<sup>13</sup>

Les professeurs de médecine qui ont accès à cette nouvelle infrastructure commencent à l'utiliser pour leurs propres besoins. En 1904, Charles Girard, fraîchement nommé professeur de chirurgie, obtient l'autorisation de soigner sa clientèle privée à l'Hôpital cantonal.<sup>14</sup> Il en est de même pour les cliniciens nommés dans les années suivantes. Un règlement relatif à l'usage des chambres privées – alors au nombre de cinq – est édicté par la commission administrative en 1907. Il prévoit l'établissement de deux classes de malades: une première classe soignée par les professeurs à qui sont directement versés des honoraires et une seconde classe soignée gratuitement par le personnel hospitalier ordinaire. Des pensions journalières sont également payées à l'Hôpital.<sup>15</sup> Cette intégration de la pratique privée au sein de l'Hôpital cantonal entraîne une vive opposition de la part des médecins établis à leur compte en ville, qui n'ont pas accès à cette infrastructure.<sup>16</sup>

La clientèle privée des médecins de l'Hôpital cantonal ne représente toutefois encore qu'une faible part de l'ensemble des hospitalisations. En 1910, elle s'élève à 15 pour cent de l'ensemble des journées, contre 82 pour cent pour des indigents à charge de l'Etat et seulement 3 pour cent pour de personnes affiliées à une assurance.<sup>17</sup> L'impact sur les finances de l'établissement est encore faible et ce dernier continue de dépendre du budget de l'Etat, qui couvre le déficit annuel grandissant de l'institution (18'473 francs en 1901; 213'056 francs en 1910).<sup>18</sup>

### **La modernisation des hôpitaux philanthropiques**

Les établissements philanthropiques cherchent également à intégrer les nouvelles technologies médicales mais ne parviennent pas à maintenir leur position concurrentielle face au dynamisme de l'Hôpital cantonal. Les ressources financières limitées de la philanthropie se révèlent insuffisantes. L'Infirmierie Butini de Plainpalais est un bon exemple de ces difficultés. En 1890, elle adopte une stratégie de modernisation de son équipement, avec l'autonomisation du service de chirurgie, l'aménagement d'une salle d'opérations et l'engagement d'un jeune chirurgien prometteur, Ernest Kummer, formé à Berne chez Theodor Kocher.<sup>19</sup> Cependant, bien que cet établissement connaisse un essor certain

Tab. 2: *Ressources de l'Hôpital Gourgas, 1890–1940*

	1890	1895	1900	1905	1910	1920	1930	1940
Ressources (fr.)	14'672	16'151	20'889	29'575	29'644	68'984	70'234	54'795
Fonds propres (%)	?	2,0	12,4	20,8	16,0	6,4	28,0	26,3
Dons (%)	?	74,2	71,6	69,8	62,9	58,5	26,8	13,2
Pensions des malades (%)	14,0	23,8	14,7	9,4	21,1	33,7	44,8	60,6
Divers (%)	?	–	1,3	–	–	1,3	0,4	0,0

Source: Maison Gourgas, *Rapport du comité et compte rendu médical*.

dans un premier temps, avec un nombre d'hospitalisations qui passe de 310 en 1885 à 435 en 1895, il reste de nature purement caritative et ne cherche pas à s'établir sur le marché médical. Après le départ de Kummer pour l'Hôpital cantonal (1910) et la fermeture du service de pédiatrie (1914), il entre dans une phase de déclin. De même, l'Infirmierie du Prieuré ne parvient pas à rester concurrentielle avec l'Hôpital cantonal et est fermée en 1909.<sup>20</sup>

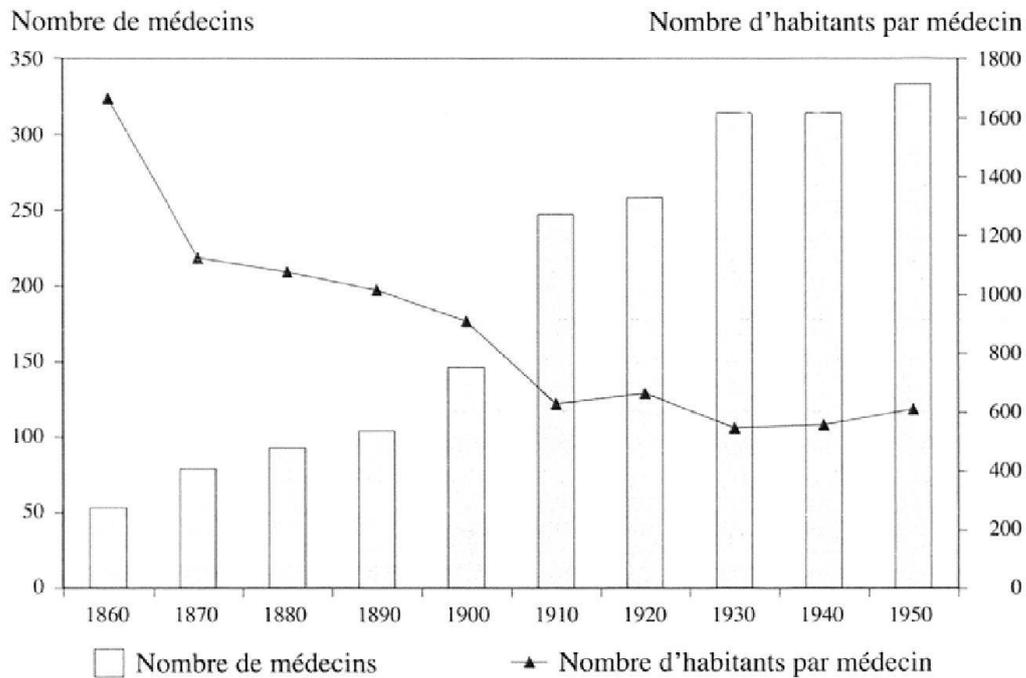
Les hôpitaux Gourgas et Rothschild ont plus de chance parce qu'ils sont spécialisés dans des domaines pour lesquels l'Hôpital cantonal ne comprend pas de cliniques particulières jusqu'en 1910, à savoir respectivement les maladies infantiles et l'ophtalmologie. Ils jouissent alors d'une situation de quasi-monopole dans le traitement des indigents genevois pour ces spécialités. Gourgas connaît particulièrement un bel essor, avec l'ouverture de nouveaux pavillons (1893), d'un bâtiment pour les consultations ambulatoires (1897), d'un nouveau service de chirurgie (1908), la création d'une installation de radiologie (1909) et l'établissement d'un laboratoire (1912). Cette modernisation de l'infrastructure hospitalière, dans un environnement peu concurrentiel, a des effets bénéfiques pour l'établissement, dont le nombre de malades passe de 353 en 1890 à 669 en 1909.<sup>21</sup> Malgré cet essor, Gourgas reste un établissement de nature essentiellement philanthropique. L'évolution de son financement entre 1890 et 1910 montre qu'il n'y a pas de rupture fondamentale dans la composition de ses ressources (cf. tab. 2). Les fonds propres de l'institution et les dons caritatifs constituent l'essentiel de ses revenus. Cependant, les malades soignés à leurs frais à Gourgas ne sont pas insignifiants, ainsi que le met en évidence le niveau des pensions versées. Par ailleurs, les statistiques relatives aux hospitalisations montrent que le nombre de journées d'hospitalisations payées par les malades eux-mêmes s'élève à une moyenne de 20 pour cent dans les années 1900.<sup>22</sup>

Les hôpitaux philanthropiques spécialisés dans une activité non prise en charge par l'Hôpital cantonal, comme Gourgas et Rothschild, parviennent ainsi à s'établir progressivement sur le marché médical au cours des années 1890–1910. Ils y occupent une niche qui leur permet d'attirer des malades rentables et de prospérer. Cependant, les établissements généralistes de la famille Butini connaissent un déclin rapide. De manière générale, l'arrivée des nouvelles technologies médicales dans le système hospitalier a pour conséquence le transfert de son centre de gravité vers l'Hôpital cantonal, dont la proportion des hospitalisations passe de 65,3 pour cent en 1890 à 84,2 pour cent en 1914, une tendance qui se renforcera ensuite jusqu'à la Seconde Guerre mondiale (cf. tab. 1).

### L'accès des médecins aux nouvelles technologies

La transformation de la médecine résultant des nouvelles technologies mises au point au cours des années 1890–1910 établit l'hôpital au cœur du marché des soins et pose la question de l'accès du corps médical à cette plateforme médico-technique. Pour les praticiens qui exerçaient jusque-là essentiellement dans leur cabinet et au domicile des malades, l'usage d'appareils de radiologie, de salles d'opérations et de laboratoires d'analyse devient un enjeu professionnel de première importance. Les médecins cherchent à accéder à cette infrastructure désormais nécessaire à leur activité professionnelle et concentrée dans les hôpitaux en raison des larges dépenses d'investissement qu'elle nécessite. Les nouvelles technologies médicales qui apparaissent dans les années 1890 impliquent également une mutation dans la formation du personnel soignant, avec l'introduction de connaissances techniques particulières pour les personnes chargées de la supervision des appareils de radiologie ou des laboratoires.<sup>23</sup> Par ailleurs, la forte augmentation du nombre de médecins établis à Genève – leur nombre passe de 104 en 1890 à 247 en 1910 – renforce la compétitivité du marché médical (cf. fig. 2). En 1892, les médecins se réunissent d'ailleurs au sein d'un lobby organisé, l'Association des médecins du canton de Genève (AMG), qui travaille à la défense des intérêts professionnels de ses membres.<sup>24</sup> Elle intervient notamment pour tenter d'élargir les possibilités d'accès à la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal.<sup>25</sup>

La fondation de la Clinique générale SA en 1899 a précisément pour objectif d'offrir une infrastructure hospitalière équipée de meilleures technologies médicales à ses membres. Soutenue financièrement par les banquiers privés Pictet, Lombard & Chauvet, ainsi que le philanthrope Agénor de Boissier, cette entreprise au capital de 225'000 francs comprend à sa fondation 22 médecins parmi ses actionnaires.<sup>26</sup> Parmi eux, plusieurs sont des praticiens dont

Fig. 2: *Marché médical genevois, 1860–1950*

Source: Calculé sur la base de la *Statistique historique de la Suisse*, Zurich 1996.

la carrière à l'Hôpital cantonal s'achève à mi-terme, ce qui a pour conséquence l'impossibilité d'accéder à son infrastructure médico-technique pour leurs propres besoins. C'est par exemple le cas d'Ernest Long, médecin-chef en 1878–1882, d'André Jeanneret, médecin adjoint en 1890–1894, d'Emile Thomas, candidat malheureux à la chaire de thérapeutique en 1897, ou d'Hector Maillart, médecin-adjoint en 1898–1902. Plusieurs d'entre eux, notamment Thomas et Maillart, sont par ailleurs membres fondateurs de l'Association des médecins du canton de Genève.<sup>27</sup> La Clinique générale est inaugurée en 1901. Elle est équipée d'une salle d'opérations et comprend des chambres individuelles, ainsi que des chambres à quatre lits.<sup>28</sup> Par ailleurs, en 1903, un second établissement, la Clinique La Colline est également ouverte. Le développement de ces cliniques jusqu'à la fin des années 1910 n'est malheureusement pas documenté, mais leur existence permet désormais aux médecins de disposer d'un accès aux nouvelles technologies médicales.

## Réguler la compétition

La transformation des hôpitaux en plateformes médico-techniques insérées au cœur du marché des soins débouche sur une crise d'organisation du système médical. La forte compétitivité entre les institutions médicales elles-mêmes (Hôpital cantonal, hôpitaux philanthropiques, cliniques privées), ainsi qu'entre ces dernières et les médecins indépendants, débouche en effet sur des problèmes financiers qui mettent en cause le fonctionnement et le développement du système médical. La course au malade rentable ne permet que difficilement d'envisager une hausse des prix de pensions et des honoraires médicaux qui puisse couvrir les frais induits par la modernisation incessante de l'équipement technique. Diverses mesures sont adoptées après 1900 afin de réguler l'hospitalisation des diverses couches sociales (classes populaires, classes moyennes, classes aisées).

Premièrement, en ce qui concerne les indigents, il faut souligner la création en 1900 de l'Assistance publique médicale (APM).<sup>29</sup> Il s'agit d'une institution publique contrôlée par le Conseil d'Etat et qui supervise l'administration des diverses institutions médico-sociales du canton, parmi lesquelles l'Hôpital cantonal. Elle prévoit l'offre gratuite de soins pour les nécessiteux, à condition qu'ils soient pris en charge dans l'Hôpital cantonal ou à domicile par la Policlinique universitaire. Cet acte législatif est important parce qu'il permet à l'Hôpital cantonal de capter le marché des malades nécessiteux. L'Hôpital introduit toutefois en 1936 le principe de taxes opératoires et de taxes de laboratoires pour les malades indigents, dont le montant varie selon la situation individuelle.<sup>30</sup> L'objectif est de réduire le déficit de l'Hôpital cantonal mais la mesure a peu d'influence sur la position dominante de l'établissement face aux hôpitaux philanthropiques.

Deuxièmement, l'hospitalisation des classes moyennes est encouragée par le développement de l'assurance-maladie. La loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents (LAMA) de 1911 prévoit le subventionnement des caisses reconnues par l'Etat et l'adoption de tarifs officiels dans chaque canton.<sup>31</sup> A Genève, c'est en 1916 que le Conseil d'Etat établit une liste des tarifs médicaux après négociation avec l'AMG et la Fédération des Sociétés de Secours Mutuels de Genève.<sup>32</sup> Cela fixe les tarifs minimum et maximum des actes médicaux pour les malades relevant d'une assurance et établit ainsi une égalité entre les diverses institutions de soin à ce propos. Cette liste de tarifs médicaux officiels est revue à plusieurs reprises (1925, 1939). On assiste ainsi à un développement assez rapide des caisses-maladie à Genève: leur nombre s'élève à 21 en 1914 et à 60 en 1928.<sup>33</sup> La proportion de la population couverte est certes en hausse mais reste basse: elle passe de 3 pour cent en 1903 à 31 pour cent en 1944.<sup>34</sup>

Enfin, troisièmement, l'hospitalisation des malades aisés relève de la libre-concurrence et reste le fondement essentiel des revenus du corps médical (honoraires) et des établissements de soins (pensions). C'est pour cette catégorie de malades que l'AMG se fait la plus revendicatrice et dénonce la concurrence déloyale exercée par l'Hôpital cantonal envers les médecins indépendants et les cliniques privées. Tandis que les malades de première classe relèvent de la pratique privée des professeurs, ceux de seconde classe attirent les foudres de l'AMG. Ils ne sont en effet soumis qu'aux taxes opératoires, versées à l'Hôpital cantonal, et sont soignés sans versement d'honoraires. Ainsi, en 1928, l'AMG obtient l'introduction d'honoraires, ce qui permet d'améliorer la compétitivité entre institutions de soins.<sup>35</sup>

L'évolution des conditions d'hospitalisation dans le premiers tiers du 20<sup>e</sup> siècle a deux effets principaux. Le premier est le renforcement de la position de l'Hôpital cantonal dans l'hospitalisation des malades indigents et le déclin consécutif des établissements philanthropiques. Bien que l'Hôpital cantonal entre dans une phase de stagnation de ses hospitalisations après la Première Guerre mondiale, avec un nombre moyen de 7589 malades dans les années 1920 et 1930, la modernisation de son infrastructure et de son équipement se poursuit, avec la création de nouveaux services et l'ouverture d'un institut pathologique (1934). Quant au nombre de médecins, il passe de 15 en 1922 à 31 en 1935.<sup>36</sup> Enfin, on assiste à une évolution sensible de la composition du personnel infirmier, qui se poursuivra jusque dans l'après-guerre. Parallèlement à l'augmentation du nombre d'infirmier-ère-s, qui passe de 81 personnes en 1912 à 112 en 1930, la part des diaconesses tend à diminuer, baissant de 43,2 pour cent à 36,6 pour cent.<sup>37</sup> L'Hôpital recrute de plus en plus d'infirmiers laïcs, sans qualification particulière ou au bénéfice d'une formation essentiellement pratique – à l'exemple des samaritains. Il est également probable que des personnes disposant de qualifications spécifiques, notamment dans l'usage des nouvelles technologies médicales telles que les installations de radiologie, fassent leur apparition durant ces années. De manière générale, la laïcisation relative du personnel soignant a un grand impact sur les finances de l'Hôpital cantonal: les dépenses de personnel représentent 20,1 pour cent des dépenses d'exploitation en 1910 et 52,1 pour cent en 1930.<sup>38</sup> Par ailleurs, même s'il attire de plus en plus de malades privés et affiliés à une assurance après 1910, l'Hôpital cantonal conserve son statut d'établissement de soins destiné aux indigents: ils représentent la moitié des hospitalisations en 1930 et en 1940 (cf. tab. 3, p. 41).

Dans ces conditions, les établissements philanthropiques ont des difficultés à rester concurrentiels. Les administrateurs de l'Infirmierie Butini admettent en 1923 que «la Clinique médicale munie des derniers perfectionnements de laboratoire,

et cætera nous fait une concurrence sérieuse».<sup>39</sup> Ils tentent une modernisation de l'équipement, avec l'acquisition d'un appareil de diathermie (1928), l'installation d'un laboratoire d'analyses (1929) et l'achat d'une installation de radiologie (1931), mais cela ne permet pas d'enrayer le déclin de l'établissement, qui prend la voie d'une gériatrisation précoce: tandis que le nombre de malades chute d'une moyenne de 467 en 1914–1924 à 98 en 1934–1944, la part des patients de plus de 60 ans passe de 9,7 pour cent à 45,8 pour cent.<sup>40</sup> L'Infirmierie Butini ne parvient ainsi pas à se positionner sur le marché des soins durant l'entre-deux-guerres. La situation est différente pour les hôpitaux Gourgas et Rothschild, dont la spécialisation leur permet d'occuper une niche sur le marché des soins. Ils présentent une mutation qui les fait passer du statut d'établissement philanthropique à celui de clinique privée. Gourgas poursuit son développement. Différents agrandissements permettent d'accroître sa capacité d'accueil, le nombre de malades passant de 669 en 1909 à plus d'un millier au milieu des années 1930. De plus, le recours à un personnel hospitalier composé essentiellement de diaconesses permet de limiter fortement la hausse des coûts: la masse salariale ne représente que 27,7 pour cent des dépenses d'exploitation dans les années 1920.<sup>41</sup> La hausse des hospitalisations repose pour l'essentiel sur une augmentation des malades non-indigents, dont les pensions prennent une part grandissante, et bientôt essentielle, dans le financement de l'établissement (cf. tab. 2). Par ailleurs, il s'agit d'un hôpital relativement ouvert aux consultations de médecins externes. Cette lente mutation vers la clinique privée explique la chute des dons caritatifs au cours de l'entre-deux-guerres (62,9 pour cent des recettes en 1910; 13,2 pour cent en 1940).

Le second effet de ces nouvelles conditions d'hospitalisation est le renforcement de la concurrence entre l'Hôpital cantonal et les cliniques privées. Le développement des caisses-maladies, dont les tarifs sont acceptés par plusieurs cliniques privées, ainsi que l'introduction des taxes opératoires pour malades de seconde classe à l'Hôpital cantonal, réduisent les différences entre établissements publics et privés. Les cliniques connaissent ainsi un contexte plus favorable à leur développement. Plusieurs nouvelles sont d'ailleurs ouvertes, à l'image de la Clinique Beaulieu (1929) ou de la Clinique des Grangettes (1933). En 1942, les directeurs des cliniques de Genève se réunissent en une Association des cliniques privées, afin de contrôler et d'unifier leurs tarifs, l'objectif étant de renforcer leur position face à l'Hôpital cantonal plutôt que de se concurrencer entre elles.

La Clinique Générale SA est un bon exemple de cette volonté de renforcer sa compétitivité. En 1922, elle inaugure une installation de radiologie, les administrateurs de l'établissement arguant que «nous serons bien outillés et aurons le pas sur les installations déjà existantes à Genève, surtout au point de vue thérapie».<sup>42</sup> Deux ans plus tard, ils notent que «ces traitements ont attiré beaucoup de malades et la clinique a enregistré une amélioration dans le

Tab. 3: *Prise en charge des journées d'hospitalisation à l'Hôpital cantonal, 1910–1940*

	1910	1920	1930	1940
Etat (APM) (%)	82	60	50	50
Caisses-maladie (%)	3	8	15	18
Malades (première et seconde classe) (%)	15	32	35	32

Source: *Centième anniversaire de l'hôpital cantonal de Genève, 1856–1956*, Genève 1956.

nombre de journées». <sup>43</sup> Le développement de l'équipement se poursuit avec l'installation d'un laboratoire (1926), l'acquisition d'un appareil de diathermie (1927) et l'agrandissement du bâtiment principal (1929). En 1935, malgré les difficultés financières dues à la crise, le conseil d'administration accepte le projet d'acquisition d'un nouvel appareil pour le service de chirurgie «afin que notre outillage reste l'un des meilleurs de Genève et en vue de compenser par la bienfaisance du travail, l'inconvénient de la distance de la clinique». <sup>44</sup> La Clinique générale adopte aussi une stratégie de diversification dans des activités de niche, avec l'ouverture d'une pouponnière (1941) puis d'un service de diététique (1942), une offre alors inexistante à Genève. Par ailleurs, elle baisse à plusieurs reprises ses prix de pension afin de rester concurrentielle (1924, 1934, 1936) et recourt également à du personnel infirmier religieux – peu coûteux – avec l'engagement des sœurs de Béthanie en 1918. Il s'agit notamment de retenir les malades qui «désertent les cliniques et vont de plus en plus à l'Hôpital Cantonal». <sup>45</sup>

## Conclusion

Les technologies médicales développées au cours des années 1890–1910 ont un impact considérable sur le système médical. Leur introduction dans les hôpitaux fait passer ces derniers d'institutions caritatives à de véritables entreprises de soins. Cependant, l'établissement du système hospitalier au cœur du marché médical débouche sur une crise importante de l'organisation des soins dans le premier tiers du 20<sup>e</sup> siècle. Premièrement, plusieurs établissements philanthropiques peinent à réaliser cette mutation en raison de leurs ressources financières limitées et de leur petite taille. Leur importance au sein du système médical diminue rapidement. Deuxièmement, l'accès des malades à ces nouvelles technologies médicales est un problème qui nécessite l'adoption de mesures législatives réglant la prise en charge du coût des traitements médicaux. Enfin, troisièmement, le corps médi-

cal dans son ensemble revendique l'accès aux hôpitaux, devenus de véritables plateformes médico-techniques, pour leur usage professionnel privé.

Dans l'ensemble de la Suisse, cette triple crise organisationnelle trouve une issue dans l'adoption de dispositions visant à réguler l'hospitalisation des malades, principalement de ceux affiliés à une assurance. L'adoption de tarifs unifiés à l'échelle des cantons a deux effets principaux. Le premier est la réduction de la concurrence entre prestataires de soins. Le second est de permettre la viabilité financière de ces derniers, les tarifs unifiés étant issus de négociations entre l'Etat et les divers acteurs de la santé publique (hôpitaux, médecins, assurances). Par ailleurs, la Confédération a introduit avec la LAMA le principe d'un subventionnement des caisses-maladie afin de permettre d'offrir des primes d'assurances relativement basses, l'objectif étant d'élargir la part de la population couverte. Ainsi, le principe d'un développement généralisé du système de santé fondé sur la hausse continue des primes trouve son origine dans la nécessité d'organiser le marché des soins suite à sa transformation induite par l'arrivée de nouvelles technologies dans les hôpitaux.

Cependant, la régulation du marché des soins prend des formes différentes selon les cantons, les questions sanitaires étant de la compétence cantonale en Suisse. Dans différentes communes et cantons, principalement ceux dans lesquels la gauche est forte, des lois rendant obligatoire l'affiliation à une assurance-maladie sont adoptées dès les années 1910.<sup>46</sup> C'est ce qui explique que le taux de couverture s'élève en 1944 à 95 pour cent à Bâle-Ville et à 73 pour cent dans le canton de Zurich.<sup>47</sup> Genève présente le cas d'un canton dans lequel la compétitivité du marché des soins est régulée par d'autres moyens. En ce qui concerne les indigents, l'Hôpital cantonal connaît depuis 1900 une situation de monopole qui affaiblit considérablement les établissements philanthropiques. Toutefois, la prise en charge des classes moyennes trouve un compromis avec l'abandon de la gratuité des soins pour cette catégorie de malades à l'Hôpital cantonal en 1928. La libre-concurrence reste cependant le principe fondamental de l'organisation du marché des soins à Genève. Des recherches complémentaires devraient permettre d'évaluer si celle-ci a favorisé l'essor de l'environnement technologique des institutions de soins, ainsi que le voudrait la théorie économique classique.

#### Notes

- 1 Je remercie Pierre Flückiger (Archives d'Etat de Genève) et Matthieu Leimgruber (Université de Genève) pour la mise à disposition d'informations et de documents utilisés pour la préparation de cette contribution.
- 2 Pierre-Yves Donzé, *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840-1960)*, Lausanne 2007.
- 3 Shuhei Ikai, *Byoin no seiki no riron*, Tokyo 2010; Alfons Labisch, Spree Reinhardt,

- Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten*, Francfort-sur-le-Main 2001; Bettyann Holtzmann Kevles, *Naked to the Bone. Medical Imaging in the Twentieth Century*, New Brunswick 1997.
- 4 Philip Rieder, *Anatomie d'une institution médicale. La Faculté de médecine de Genève (1876–1920)*, Lausanne 2009.
- 5 Micheline Louis-Courvoisier, *Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève 1750–1820)*, Genève 2000.
- 6 Pierre-Yves Donzé, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Genève 2003, 47.
- 7 Ibid., 67–71; Rieder (voir note 4), 85–89.
- 8 *Centième anniversaire de l'hôpital cantonal de Genève, 1856–1956*, Genève 1956.
- 9 Rieder (voir note 4), 136–138.
- 10 Donzé (voir note 6), 101–107.
- 11 Donzé (voir note 2); Joel Howell, *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, Baltimore 1995.
- 12 Pour l'Hôpital cantonal, voir Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse Romande (19e–20e siècles)*, thèse de doctorat non publiée, Genève 2000, chapitre 5 en particulier.
- 13 *Centième anniversaire* (voir note 8).
- 14 Rieder (voir note 4), 248.
- 15 Ibid, 248.
- 16 Ibid.
- 17 *Centième anniversaire* (voir note 8).
- 18 Droux (voir note 12), 636.
- 19 Marc Cramer, Jean Starobinski, *Centenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Genève (1876–1976)*, Genève 1976.
- 20 Donzé (voir note 6), 103.
- 21 Eugène Revilliod, *Hôpital Gourgas, 1872–1922. Notice historique*, Genève 1923.
- 22 Maison Gourgas, *Rapport du comité et compte-rendu médical, 1900–1909*.
- 23 Pour le cas de la radiologie, voir Monika Dommann, «Röhren, Platte, Röntgenschwern. Sozitechnische Verbindungen im Röntgenlabor», in Sabine Braunschweig (Hg.), *Pflege – Räume, Macht und Alltag*, Zurich 2006, 107–119.
- 24 Philippe Ehrenström, «Affirmation et structuration de la profession médicale, Genève, 1880–1914», *Revue suisse d'histoire* 2 (1992), 220–226.
- 25 Rieder (voir note 4), 280–282.
- 26 Clinique Générale Beaulieu SA (CG), Procès-verbal de la séance du 26. 5. 1898.
- 27 Fichier biographique des Archives d'Etat de Genève (AEG).
- 28 *Journal de Genève*, 8. 11. 1901.
- 29 AEG, Recueil des lois, loi sur l'organisation de l'assistance publique médicale, 21. 11. 1900.
- 30 *Journal de Genève*, 27. 5. 1939.
- 31 Sur le développement de l'assurance-maladie en Suisse, voir: David Muheim, «Mutualisme et assurance maladie (1893–1912). Une adaptation ambiguë», *traverse* 2 (2000), 79–93; Martin Lengwiler, «Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938–1949)», in Matthieu Leimgruber, Martin Lengwiler (éd.), *Umbruch an der «inneren Front». Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz 1938–1948*, Zurich 2009, 165–184.
- 32 AEG, Recueil des lois, tarifs médicaux, 25. 1. 1916.
- 33 *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, diverses années.
- 34 *Les sociétés de secours mutuels en Suisse en l'année 1903*, Berne 1907; *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, 1944, 172.
- 35 *Journal de Genève*, 27. 5. 1939.
- 36 Donzé (voir note 6), 181.

- 37 Droux (voir note 12), 488–489.
- 38 Ibid., 865.
- 39 Musée d'Histoire des Sciences de Genève (MSG), SM, dos. 17, *Rapport médical, exercice 1922–1923*.
- 40 MSG, SM, dos. 17.
- 41 Maison Gourgas, *Rapport du comité et compte-rendu médical, 1920–1929*.
- 42 CG, Procès-verbaux du Conseil d'administration (PVCA), 27. 9. 1921.
- 43 CG, PVCA, 13. 2. 1923.
- 44 CG, PVCA, 15. 2. 1935.
- 45 CG, PVCA, 29. 1. 1936.
- 46 Lengwiler (voir note 31).
- 47 *Bulletin de la Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande*, 1944, 172.

## **Zusammenfassung**

### **Neue medizinische Technologien und die Strukturierung des Gesundheitsmarktes (1860–1930)**

Der Beitrag untersucht die Organisation des Gesundheitsmarktes in Genf in den Jahren 1860–1930. Er verfolgt insbesondere den Einfluss der neuen medizinischen Technologien auf die Struktur des Gesundheitssystems, der ab 1890 zum Tragen kommt. Der Beitrag unterscheidet drei grosse Phasen. In der ersten Phase (1860–1890) dominiert die ambulante Pflege, während in den Spitälern noch fast ausschliesslich Arme behandelt bzw. untergebracht werden. Die zweite Phase (1890–1914) ist durch die Verbreitung der neuen Technologien bestimmt, was zur Etablierung der Spitäler als wichtigste Instanzen des Gesundheitsmarktes führt. Der Zugang zu den Spitälern wird damit zur zentralen Frage für die professionelle Positionierung der Ärzteschaft, was diese veranlasst, verschiedene Privatkliniken zu gründen (Clinique générale SA). Die letzte Phase, die sich über das erste Drittel des 20. Jahrhunderts erstreckt, wird bestimmt durch eine Serie von Massnahmen, die den Gesundheitsmarkt regulieren und die Konkurrenz zwischen den Spitälern bei der Umwerbung wohlhabender Patientinnen und Patienten eindämmen.

(Übersetzung: Elisabeth Joris)