

R

5

ALPHONSE GARDIE

Docteur en Droit
Breveté du Centre des Hautes Etudes Administratives
Inspecteur chargé de mission au Cabinet du Directeur général
de l'Assistance publique à Paris

**LES HOPITAUX
DES GRANDES AGGLOMÉRATIONS
URBAINES**

Introduction à l'étude des problèmes hospitaliers

PRÉFACE

DE

M. D. JOUANY

Conseiller d'Etat
Président du Conseil supérieur des Hôpitaux



PARIS

REVUE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

7, Rue des Minimes (3^e)

—
1956

REVUE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

— Rédacteur en Chef : Marcel CANDILLE —



COMITÉ DE PATRONAGE

M. le Professeur ANTOINE BAUDOIN

M. le Doyen LÉON BINET

M. le Professeur LOUIS BUGNARD

M. CAHEN-SALVADOR

M. le Professeur ROBERT DEBRÉ

M. GEORGES DUHAMEL

M. le Docteur RENÉ DUJARRIC DE
LA RIVIÈRE

M. le Doyen RENÉ FABRE

M. Désiré JOUANY

M. le Docteur ANDRÉ LAMBLING

M. le Professeur CHARLES LAUBRY

M. le Professeur FRANÇOIS DE GAU-
DART D'ALLAINES

M. le Professeur HENRI MONDOR

M. le Professeur LOUIS PASTEUR-
VALLÉRY-RADOT

M. JACK SENET



ADMINISTRATION ET RÉDACTION

7, Rue des Minimes, PARIS-3^e

La REVUE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS paraît tous les deux mois et six fois par an. La correspondance relative à la rédaction ou à l'administration (abonnement, changement d'adresse, échanges, etc.), doit parvenir à l'adresse ci-dessus.

Sur demande des auteurs, formulée en temps utile, il peut être réalisé des tirés à part de leurs études ou articles à des conditions, qui leur seront précisées dans chaque cas. Il est fait une analyse bibliographique et critique des ouvrages envoyés à la REVUE.

ABONNEMENTS

UNION FRANÇAISE 1.800 fr.

PAYS ÉTRANGERS 2.400 fr.

VENTE AU NUMÉRO

UNION FRANÇAISE 350 fr.

PAYS ÉTRANGERS 450 fr.

Versements à M. le Régisseur des Recettes : 7, Rue des Minimes, Paris-3^e

C. C. P. PARIS, n° 9064-61

LES HOPITAUX
DES GRANDES AGGLOMÉRATIONS
URBAINES

1707

S 107172

8° R

58908

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM 1630 TO 1880
BY
JOHN B. HENNING

ALPHONSE GARDIE

Docteur en Droit
Breveté du Centre des Hautes Etudes Administratives
Inspecteur chargé de mission au Cabinet du Directeur général
de l'Assistance publique à Paris

**LES HOPITAUX
DES GRANDES AGGLOMÉRATIONS
URBAINES**

Introduction à l'étude des problèmes hospitaliers

PRÉFACE

DE

M. D. JOUANY

Conseiller d'Etat
Président du Conseil supérieur des Hôpitaux



PARIS

REVUE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

7, Rue des Minimes (3^e)

—
1956

LES HOPITAUX
DES GRANDES AGGLOMERATIONS
URBAINES

Introduction à l'étude des problèmes hospitaliers

Copyright 1956, by REVUE DE L'ASSIS-
TANCE PUBLIQUE A PARIS.

Tous droits de reproduction, de traduction
et d'adaptation réservés pour tous pays.

PRÉFACE

Je ne crois pas trahir la pensée de l'auteur en situant l'origine du présent ouvrage aux investigations entreprises il y a quelques années au Centre de Hautes Etudes Administratives sur les conséquences d'ordre politique, administratif, économique et social de l'existence et du développement de grandes agglomérations urbaines.

Dans ce travail en équipe que j'eus l'honneur de diriger aux côtés de M. Bourdeau de Fontenay, Directeur du Centre, il revenait tout naturellement à M. Gardie l'exposé de la partie hospitalière. Nul autre que lui n'était mieux qualifié pour poursuivre les recherches en ce domaine.

Son appartenance au corps de l'Inspection de l'Assistance publique à Paris, son activité syndicale, sa mission au Cabinet du Directeur général de l'Assistance publique, autant de puissants moyens d'investigation dans l'organisation et le fonctionnement du réseau hospitalier de la capitale.

En retour de l'aide efficace que nous avons reçue de M. Gardie, nous l'avons incité à franchir le mur de l'hôpital, à le voir du dehors.

Malgré son apparent isolement, l'hôpital est assujéti aux grands courants qui président au développement de l'agglomération urbaine.

*
**

Nos établissements hospitaliers ont un passé fort ancien : relais s'échelonnant le long des routes traditionnelles des grands pèlerinages, asiles pour les pauvres et malades dans les cités ; le geste de charité éclaire l'humanité à travers les moments les plus sombres de l'histoire.

Mais une véritable révolution s'accomplit en moins de deux siècles.

Le développement rapide de l'industrie provoque un afflux considérable de population dans les centres où venaient de surgir ateliers et manufactures ; ce raz de marée laisse dans la ville et les faubourgs une masse d'hommes sans abri ni défense, par avance voués à la misère et à la maladie, d'où la nécessité absolue de multiplier les établissements hospitaliers.

Beaucoup plus tard, et notre vie actuelle en est le témoin, des découvertes scientifiques ont amplifié l'efficacité de la médecine et de la chirurgie ; les hôpi-

taux ont dû s'équiper suivant une technique nouvelle fort coûteuse ; affectés essentiellement aux soins pour les malades, ils sont aussi devenus des centres d'enseignement et de recherches scientifiques.

Cette double révolution s'est accomplie surtout dans les grandes agglomérations urbaines.

Ainsi se comprend et se justifie pour une introduction aux Problèmes Hospitaliers le choix par M. Gardie des hôpitaux des grandes agglomérations urbaines.

*
* *

Si la concentration humaine dans les centres urbains, le progrès scientifique, ont transformé totalement l'hôpital des siècles passés, l'assise administrative, les règles de fonctionnement, les traditions n'ont pas évolué au même rythme, si bien qu'apparaît une discordance dont les conséquences deviennent chaque jour plus graves.

Une conception par trop systématique établit en France un régime identique pour l'administration d'une cité de plusieurs centaines de milliers d'habitants ou pour un groupement isolé de quelques centaines d'hommes ; l'un et l'autre sont assujettis au même régime communal.

Le même errement — et à notre avis la même erreur — vaut pour les établissements hospitaliers quelle que soit leur importance.

Non seulement les dispositions réglementaires sont restées à peu près immuables, mais aussi la manière dont est compris sur le plan économique et médical le fonctionnement des services de l'établissement hospitalier.

Autrefois, le médecin d'hôpital accordait bénévolement quelques moments de sa journée aux malades hospitalisés.

Aujourd'hui, le médecin d'un hôpital important est écartelé entre l'hôpital, où sa présence constante s'impose, et sa clientèle privée qui constitue l'essentiel de ses ressources.

Lui demandera-t-on d'abandonner le secteur privé et de consacrer tout son temps à l'hôpital ?

Cette mesure semble d'autant plus s'imposer que l'hôpital ne peut pleinement fonctionner en son absence.

Or, des investissements considérables ont été effectués notamment en un équipement extrêmement coûteux. Cet outillage n'est utilisé que pendant de trop courts moments chaque journée. D'où une augmentation sensible des frais de rendement entraînant des appels de plus en plus considérables aux Caisses de sécurité sociale, et sans doute, demain, davantage encore qu'aujourd'hui au budget des collectivités locales.

Ces observations ne sont pas exhaustives ; d'autres problèmes aussi importants pourraient être présentés.

La conception dualiste de la médecine préventive et de la médecine curative

est aujourd'hui périmée ; l'hôpital devient le pivot de l'ensemble de l'armature sanitaire.

Ce rôle, il ne l'a pas toujours volontairement poursuivi, pas plus qu'il n'a cherché à recueillir les mauvais risques médicaux, si lourds économiquement, que lui abandonnent volontiers les cliniques privées.

Mais cette extension, d'ailleurs très profitable pour la santé publique, du rôle de l'hôpital n'est pas sans péril ; il importe de surveiller de très près une évolution qui chaque jour s'accélère.

Des réformes d'adaptation sont nécessaires ; elles ne peuvent être entreprises qu'avec une connaissance suffisante de l'activité comparée des grands hôpitaux. Or ces éléments d'information font défaut ; M. Gardie a consacré très opportunément une part importante de son ouvrage à la statistique hospitalière, on ne saurait trop insister sur ce point.

* * *

De remarquables études sont parues ces dernières années, enrichissant une bibliographie hospitalière encore cependant à ses débuts.

Techniciens, juristes ont étudié chacun dans leur domaine, tel ou tel problème hospitalier, mais nous manque l'aspect général.

M. Gardie, après mûres réflexions et plusieurs années de recherches, a entrepris l'immense et périlleuse tâche de dégager une vue d'ensemble.

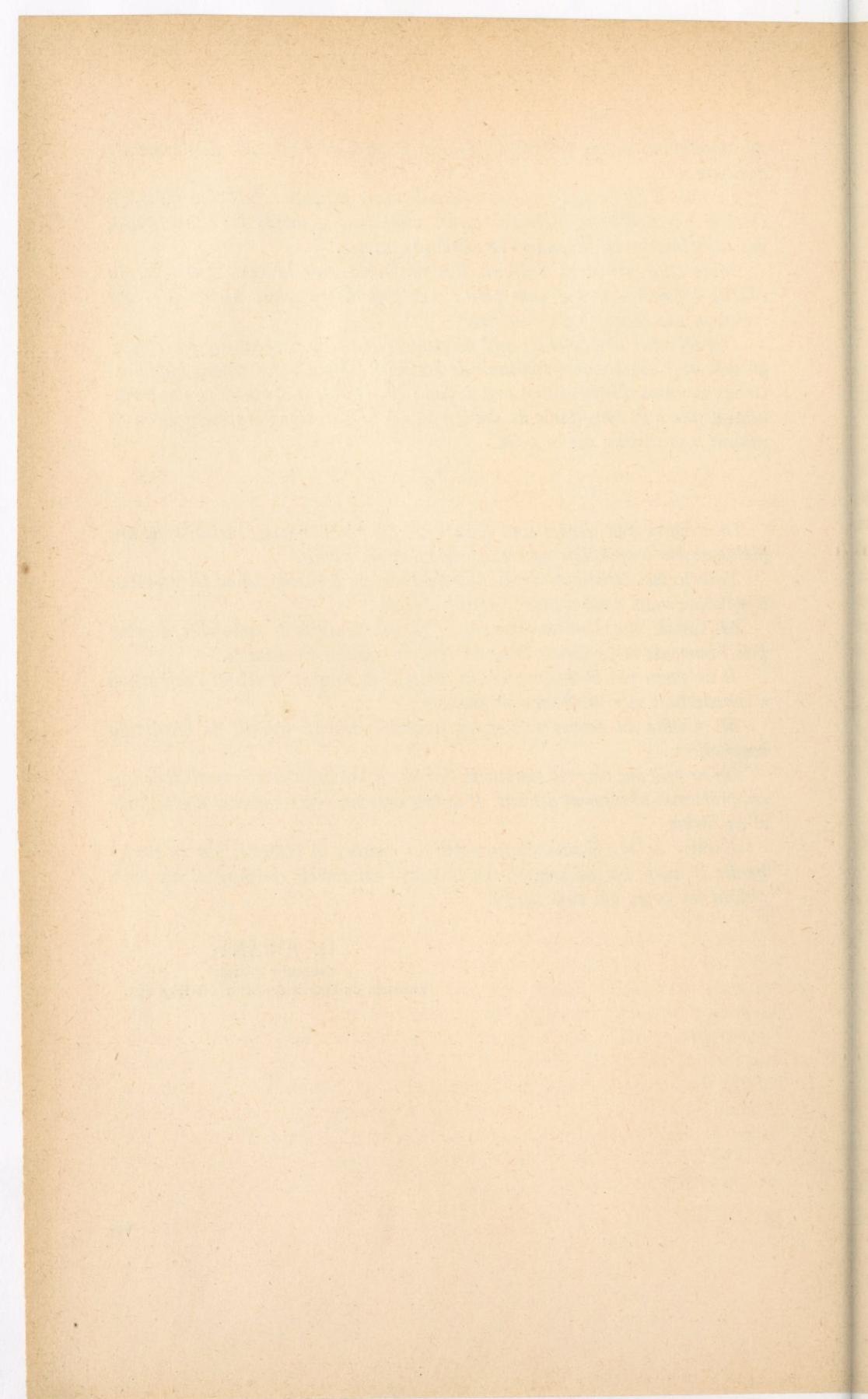
Il ne s'agit pas d'une somme ; la modestie de l'auteur a retenu l'expression « introduction aux problèmes hospitaliers ».

M. Gardie est depuis de longues années le témoin attentif de l'évolution hospitalière.

On ne peut que louer la simplicité, l'ordre, la précision avec lesquels il évoque ces problèmes infiniment délicats. Il le fait avec un souci constant d'exactitude et de vérité.

L'œuvre de M. Gardie s'impose par sa densité, sa richesse, par sa pensée hardie et aussi par sa mesure. On lira avec un intérêt croissant et un profit certain les pages qui vont suivre.

D. JOUANY,
Conseiller d'Etat,
Président du Conseil supérieur des Hôpitaux.



INTRODUCTION

SECTION I

PASSÉ HOSPITALIER ET PASSÉ URBAIN

Les hôpitaux ne sont pas apparus seulement dans les villes. Du moins, depuis le temps lointain des « xenodochia », les villes ont joué un rôle hospitalier considérable, qu'a accentué l'évolution ultérieure, à mesure que la mission des hôpitaux est devenue de plus en plus médicale.

L'on sait qu'à partir du VII^e siècle, et ensuite aux XI^e et XII^e siècles, les campagnes se parsèment de fondations hospitalières, qui jalonnent les itinéraires des grands pèlerinages, ou plus tard retranchent les lépreux du commun des vivants. Les mêmes créations se multiplient à l'intérieur et aux portes des villes, qu'elles soient sièges d'évêché ou d'abbaye, servent d'étapes aux pèlerins, à la croisée des routes ou au passage des fleuves.

Cependant, peu à peu, se ralentit le développement des hôpitaux ruraux, avec le déclin des pèlerinages et la régression de la lèpre. L'épanouissement des villes, en revanche, s'accompagne d'une floraison continue de créations de toutes sortes. Dès le XII^e siècle, l'on compte cinq hôpitaux dans une ville comme Nevers, et, au XIV^e siècle, l'on en dénombre douze à Montpellier. Il y en a trente à Toulouse en 1633 et quarante-huit à Paris au XVIII^e siècle. Le plus souvent, ces établissements sont administrés séparément. Mais, de bonne heure, l'on constate un effort en vue de les regrouper.

Initialement, les hôpitaux abritent toute une population disparate d'errants, de malheureux et de « souffrants ». Progressivement, les « pauvres passans » ou « trespasans », reçus pour une ou deux nuits, et les pèlerins cèdent la place aux malades, aux enfants et aux vieillards, dans les villes, davantage d'ailleurs que dans les campagnes. Cette évolution est sensible à partir du XIV^e siècle. Alors apparaissent les premiers établissements réservés aux enfants, en 1362 à Paris avec Saint-Esprit en Grève, en 1477 et 1499 à Lille avec les Bons-Fils et les Bleuets, en 1535 à Paris avec les Enfants-Rouges. Autour des grands hôtels-Dieu, se groupent des hôpitaux secondaires destinés aux pesteux, aux vénériens, aux teigneux, aux incurables. Ainsi sont créés à Paris, en 1607 l'hôpital Saint-Louis, et en 1637 l'hospice des Incurables.

Ce rôle des villes apparaît également dans l'évolution administrative des institutions hospitalières. L'ascension de la bourgeoisie urbaine et l'accroissement du pouvoir royal se traduisent par la mainmise des bourgeois sur l'administration des hôpitaux et celle des agents du roi sur leur surveillance : à Marseille, alors que mairie et hôpital sont confondus en 1348, à Lyon en 1478, à Paris en 1505, partout en 1543 avec l'édit de Fontainebleau. C'est l'époque où sont créés les Bureaux des Pauvres, que complètent un siècle plus tard les « hôpitaux généraux ». A bien des égards, et en ce domaine comme en d'autres, la Révolution française est un aboutissement.

Dans cette longue histoire, les grandes villes tiennent une place de choix, mais qui ne s'affirme prépondérante qu'avec la révolution industrielle et urbaine. Les unes et les autres revendiquent la gloire des plus anciens témoignages de fondations hospitalières : Lyon (542), Paris (829), Lille (XI^e siècle), Londres (1123), Marseille (1166). Souvent leurs établissements précipitent l'évolution hospitalière, aussi bien sociale que médicale ou administrative, qu'il s'agisse de la création d'hôpitaux secondaires rattachés aux grands hôtels-Dieu, ou de la laïcisation de l'Administration. La concentration des services charitables à domicile est réalisée pour la première fois à Lille, en 1506 et en 1527, sous le nom de Bourse commune des Pauvres et confiée aux bourgeois de la ville. Dans le domaine royal, elle est effectuée en 1531 à Lyon, sous l'appellation d'Aumône générale, et à Paris, en 1544, sous la forme du Grand Bureau des Pauvres. L'on sait que ces diverses institutions, et notamment celle de Paris, jouent un rôle hospitalier notable, et disposent même d'établissements. A la même époque, les hôpitaux dispersés sont regroupés ; ainsi naît en 1593 l'Hôtel-Dieu de Marseille de la fusion des hôpitaux du Saint-Esprit et de Saint-Jacques de Gallice. En 1656, Paris est doté du premier hôpital général, « pour le renferment des pauvres mendians ».

La juxtaposition d'administrations hospitalières ou charitables, aux attributions mêlées, jointe à l'indépendance de nombreuses institutions hospitalières, pose un problème aigu d'organisation. A Paris, une certaine coordination est réalisée entre Hôtel-Dieu et Hôpital général ; à Lille, la Bourse commune et l'Hôpital général sont fusionnés sous le nom de Charité générale. Il faut attendre la Révolution pour opérer à Paris, comme d'ailleurs à Bruxelles, un regroupement total.

Mais c'est davantage sur le terrain médical que se manifeste l'influence des principales villes. Elle tient essentiellement au développement parallèle des facultés de médecine, ou des institutions hospitalières d'enseignement. Il n'est pas besoin de rappeler ici le rôle énorme joué en France à partir de la fin du XVIII^e siècle par l'Ecole de Paris. L'on sait également la place tenue par Londres dès le XVII^e siècle, avec Harvey découvrant la circulation du sang à Saint-Bartholomew. Déjà les malades étrangers aux grandes villes sont attirés dans leurs hôpitaux. « Nous avons à Paris, relate Tenon dans

son rapport fameux, un hôpital unique en son genre... Il est... l'hôpital de l'homme nécessiteux et malade, nous ne disons pas seulement de Paris et de la France, mais du reste de l'humanité. » Londres et Paris atteignent alors le demi-million d'habitants. Les besoins d'une importante population mettent en relief dans ces deux villes la médiocrité des moyens hérités du passé. C'est l'époque des grandes enquêtes qu'illustrent les rapports de Tenon de 1788 et de John Howard de 1789, qui fixent les directives de la politique hospitalière. L'essor des grandes villes va suivre. Il permet des rassemblements considérables de malades, qui offrent un vaste champ d'action à la recherche médicale. De telles concentrations de population restent encore un facteur déterminant des progrès de la médecine. L'hégémonie des grandes métropoles a sa traduction en matière hospitalière. Aujourd'hui, Londres groupe plus de 50 % des lits des hôpitaux d'enseignement d'Angleterre et du Pays de Galles et Paris, près de la moitié des étudiants en médecine de la France entière.

La révolution industrielle, l'apparition et le développement des grandes villes contemporaines ont bouleversé la situation antérieure et accéléré l'évolution. La création d'immenses et denses agglomérations urbaines, d'un habitat souvent peu salubre et d'une population ouvrière importante, a multiplié les besoins sociaux et médicaux. Ces besoins n'ont été couverts que peu à peu, par le développement des institutions d'assistance, puis de prévoyance, enfin de sécurité sociale, et leur extension à des couches de plus en plus larges de la population. L'armement hospitalier des grandes villes est devenu insuffisant, il a fallu l'accroître ou le renouveler. Encore maintenant, de nombreuses banlieues demeurent déshéritées.

Cette évolution démographique, économique et sociale s'est trouvée concomitante d'un essor prodigieux de la médecine, qui est loin d'être achevé, et qui se caractérise par le développement de la spécialisation, l'emploi de moyens techniques de plus en plus coûteux et puissants, et la concentration de ces moyens, ainsi que des équipes médicales dans les hôpitaux, et, avant tout, dans ceux des grands centres urbains.

Enfin, les progrès réalisés dans les moyens de transport, qui ont conditionné pour une large part la naissance et le développement des villes modernes, ont partout fait craquer les cadres territoriaux, et substitué dans tous les domaines, à l'influence de petits centres, celle des métropoles régionales, nationales ou internationales. Il en a été de même pour la médecine et pour les hôpitaux, et le rôle régional et inter-régional des hôpitaux des grandes villes n'a fait que grandir, sans doute contrarié parfois, faute de moyens ou d'une réglementation appropriée.

SECTION II

OBJET DE L'ÉTUDE

Certes, l'évolution hospitalière est générale. C'est cependant un fait indéniable qu'elle s'est opérée et s'opère encore avant tout dans les grandes villes. Le développement des institutions hospitalières nous paraît étroitement lié à celui de la civilisation industrielle et urbaine. L'hôpital, au sens moderne du mot, du fait de la concentration des équipes et du matériel qu'il implique et du flot de malades et de consultants qu'il attire n'est possible que dans les villes, et le grand hôpital, en principe tout au moins, que dans les grandes villes. Dans la mesure où, comme en certains pays, il existe des hôpitaux ruraux qui sont autre chose que des hospices, ceux-ci supposent la création d'un système de relations destiné à surmonter l'isolement et qui relève d'une conception nettement urbaine, bien qu'adaptée à la dispersion géographique. Nous croyons pouvoir dire que le taux de fréquentation hospitalière est un indice d'urbanisation.

C'est pourquoi, sans négliger, le moment venu, certains aspects particuliers qu'imposent aux hôpitaux d'autres milieux que celui des grandes villes, nous avons voulu, en introduction à l'étude des problèmes hospitaliers, consacrer cet ouvrage à l'examen des institutions hospitalières de quelques grandes agglomérations urbaines. Notre but vise avant tout à décrire et à comparer l'organisation, le statut, l'armement et l'activité des hôpitaux. Par là, nous nous efforçons de situer les problèmes plus que de les poser et de les résoudre, et cherchons à en donner une vue d'ensemble, qui seule peut permettre d'entreprendre l'étude de quelques-uns des principaux d'entre eux.

Sans doute, les hôpitaux des grandes agglomérations présentent-ils des caractéristiques particulières qui tiennent aux facteurs propres au milieu. Du moins, nous sommes-nous prémunis par la nature même des exemples choisis contre toute généralisation abusive, et ce d'autant plus que nous essayons dans toute la mesure du possible de replacer les hôpitaux des grandes villes dans l'ensemble hospitalier du pays, et de les comparer à des établissements de villes moyennes ou de régions rurales.

En réalité, en raison de l'importance de leur armement hospitalier, généralement en rapport avec l'étendue de leurs besoins, les grandes agglomérations offrent un champ d'observation très favorable à l'étude des problèmes hospitaliers, et permettent un véritable grossissement des faits. Dans le

même sens, le développement des institutions, que les grandes agglomérations suscitent, fait apparaître des fonctions qui demeurent ailleurs simplement virtuelles, et sans lesquelles l'organisation hospitalière est incomplète.

Toutefois, une question préalable se pose : la plénitude de fonctions et le haut niveau de l'activité, auxquels nous nous attachons, sont-ils dus à l'importance de la population de certaines villes, ou bien tiennent-ils seulement au rôle régional et à la fonction d'enseignement qui sont dévolus à ces mêmes villes ? Cette double mission, en effet, est également assumée par des villes d'une moindre population. Mais il n'y a pas de grande agglomération qui ne soit une métropole régionale ou nationale, et, à ce titre, un centre intellectuel et scientifique. Celles qui n'ont pas de passé universitaire ont été dotées d'université et notamment d'école ou de faculté de médecine. Tel est le cas des grandes villes industrielles britanniques. C'est aussi la raison du partage d'attributions entre Marseille et Aix. L'on peut dire que, s'il arrive que la présence de la faculté confère à l'hôpital qui lui est associé des fonctions particulières — tel est le cas d'Oxford, de Cambridge, de Montpellier et de Louvain — l'inverse est plus fréquent, et que l'hôpital qui assume de telles fonctions du fait de sa situation dans une grande agglomération, et du rayonnement de celle-ci, fait naître à côté de lui la faculté ou l'école, qui lui est nécessaire pour remplir complètement sa mission. Telle est la genèse des facultés de médecine de Bruxelles, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Lille et Marseille, à l'origine, écoles libres créées par les hôpitaux ou en liaison avec eux.

Avant de déterminer l'articulation de cette étude, il importe encore d'en fixer exactement la portée. Grandes agglomérations, précisons-nous. Si nous n'avons pas employé l'expression « grandes villes », c'est pour éviter toute ambiguïté, et embrasser sous notre regard la réalité urbaine tout entière, avec le noyau central, la ville proprement dite, et la périphérie, la banlieue. Nous n'entendons pas ici définir même schématiquement la grande agglomération. Nous croyons simplement qu'on peut la reconnaître pour telle quand sa population atteint 500 000 habitants environ. Cependant, parmi les villes que nous passerons en revue, nous ne nous limiterons pas à ce chiffre, laissant se dégager des faits l'enseignement qu'ils comportent. En sens inverse, nous observerons que, parmi ces grandes cités, certaines dont la population est de l'ordre de plusieurs millions d'habitants assument des fonctions privilégiées, dans le domaine hospitalier comme dans les autres.

Dans un cas comme dans l'autre, notre objectif est essentiellement d'éclairer les problèmes hospitaliers en général. Nous ne pouvons, en effet, sous peine d'alourdir notre exposé, et, aussi, faute d'éléments aussi bien hospitaliers que sociologiques, entreprendre à cette occasion une étude urbaine centrée sur les faits hospitaliers, et dans laquelle ceux-ci seraient examinés dans leurs rapports avec les autres facteurs sociaux. L'intérêt d'une telle étude n'est cependant pas contestable du double point de vue de la connaissance des faits sociaux de la grande agglomération et de celle des facteurs de

l'activité hospitalière. Nous espérons, en d'autres occasions, apporter notre contribution à une telle recherche.

Il importe également de définir, sur le plan hospitalier, le champ de nos investigations. Nous avons déjà évoqué l'évolution de la notion d'hôpital au cours de notre brève incursion dans l'histoire, et nous aurons l'occasion de l'examiner à nouveau dans notre conclusion. Qu'il nous suffise pour l'instant de préciser l'étendue de cette notion, telle que nous l'entendons dans cette étude, en nous conformant, au surplus, à la conception actuelle. Par hôpitaux, nous voulons dire les établissements de soins, publics ou privés, pratiquant l'hébergement pour des raisons médicales et qui peuvent avoir en annexes des consultations ou des services de traitements externes.

Toutefois, faute d'informations suffisantes sur certaines catégories d'établissements, en raison notamment des législations particulières qui les différencient des autres dans plusieurs pays, nous concentrerons notre attention sur les hôpitaux proprement dits, c'est-à-dire les hôpitaux au sens traditionnel du mot en France, nous contentant de brèves notations sur les établissements spécialisés : établissements psychiatriques, établissements de la lutte antituberculeuse (sanatoriums, préventoriums, aériums), maisons de convalescence et maisons maternelles, afin d'offrir, toutes les fois qu'il est possible, un tableau d'ensemble du système hospitalier au sens large. Nous ne méconnaissons pas ce qu'une telle séparation a d'artificiel. En dépit des différences inhérentes à la spécialisation de ces établissements, que traduisent souvent des législations particulières, de nombreux pays intègrent désormais ces établissements dans leur organisation hospitalière générale, tels la Grande-Bretagne depuis le Service national de Santé, la Belgique et les Etats-Unis d'Amérique. Les hôpitaux proprement dits constituent, il est vrai, du fait de leurs fonctions générales, la base essentielle de l'organisation médicale, et de tout l'ensemble hospitalier, en même temps que les institutions les plus différenciées, les plus complexes, les plus vivantes, les plus proches aussi du fait urbain. A ces titres, leur analyse est particulièrement significative.

Traditionnellement, en France et en Belgique notamment, les hospices, établissements d'hébergement social destinés aux vieillards sont gérés par les mêmes administrations que les hôpitaux¹. En fait, d'ailleurs, la frontière entre les uns et les autres est incertaine, et insensiblement les hospices, sous la pression de l'évolution, tendent à se transformer en hôpitaux. Par ailleurs, l'hébergement des vieillards, même valides, est un facteur non négligeable de toute politique hospitalière, entendue au sens d'établissements de soins. C'est

1. En France, les hospices sont aussi destinés aux incurables. Le rapport Barrot sur la réforme hospitalière (cf infra p. 73) précise encore : « les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables ». Ce point de vue nous paraît dépassé.

Les administrations hospitalières françaises peuvent gérer aussi les foyers destinés à l'hébergement des enfants assistés. Ceux-ci, qui doivent être séparés des autres services, étaient naguère compris dans la fonction des hospices.

pourquoi, nous conformant à l'usage français, nous joindrons, à l'étude des hôpitaux, celle des hospices, toutes les fois que nous aurons pu recueillir des informations sur ces derniers.

Nous avons dit notre intention d'aborder non seulement l'organisation ou le statut des hôpitaux, mais aussi les données quantitatives concernant l'armement et l'activité des établissements, sans lesquelles il ne saurait y avoir d'exposé valable en la matière. Tous ceux qui ont quelque expérience administrative, et plus particulièrement hospitalière, connaissent la difficulté qu'on éprouve à réunir une documentation statistique valable. Pour aussi paradoxal que cela puisse paraître, rien n'est aussi mouvant que le nombre, qui paraît stable à première vue, des lits d'un service ou d'un hôpital. Il faut encore faire la part des erreurs, des oublis, des doubles emplois, et des différences dans les méthodes de calcul. Il arrive fréquemment que dans le même recueil statistique ou dans le même ouvrage, les chiffres cités ne concordent pas. C'est, en général, qu'ils ont été recueillis à des sources différentes. Dans l'ensemble, cependant, les variations ont peu d'amplitude, et ce qui importe en fin de compte, c'est l'ordre de grandeur que les chiffres représentent ¹. Pour notre part, nous ne nous dissimulons pas les erreurs, les confusions, les omissions que nous n'avons pu éviter en dépit de nos efforts. Notre excuse, c'est d'avoir tenté de rassembler une documentation éparse en vue d'en confronter les données, et de chercher à en tirer l'enseignement qu'elles comportent.

Nous aurons l'occasion de préciser, au cours de développements ultérieurs, la signification exacte des diverses indications chiffrées auxquelles nous aurons recours dans notre analyse. Toutefois, dès à présent, prenant en considération les catégories d'établissements que recouvre la notion d'hôpital, nous croyons utile d'indiquer schématiquement les distinctions qu'il nous paraît nécessaire d'introduire dans la description de l'armement hospitalier, afin de permettre des comparaisons valables, appuyées sur des définitions communes :

I. — *Lits d'établissements de soins.*

a) « Lits d'hôpital », au sens strict, à l'exclusion de ceux des établissements spécialisés et des quartiers d'aliénés.

1^o Services de malades aigus, répartis en trois disciplines : médecine, chirurgie, maternité, les deux premières comprenant des spécialités. (Parfois sont comptés à part les lits de tuberculeux) ².

2^o Autres services de malades : chroniques, rééducation, convalescence.

1. Cf. *infra*, p. 384 et suivantes.

2. Nous conformant à l'usage le plus fréquent, nous ne comptons pas les berceaux des nourrissons des maternités.

b) Lits des établissements de soins spécialisés : établissements psychiatriques, sanatoriums, préventoriums, aériums, etc.

II. — *Lits d'hébergement social.*

a) « Lits d'hospice », destinés aux vieillards, y compris ceux des maisons de retraite.

b) Lits de maison maternelle.

c) Lits d'enfants assistés.

Nous nous attacherons à connaître, en premier lieu, le nombre des lits d'hôpital, en séparant les malades aigus et les autres, en second lieu, le nombre des lits d'hospice, les autres lits étant indiqués pour mémoire.

* * *

Ces quelques observations liminaires étant formulées, il nous reste à tracer, dans ses grandes lignes, le plan de cet ouvrage.

Dans une *première partie*, nous décrirons, sous forme de monographies, le statut et l'organisation des hôpitaux d'un certain nombre de grandes agglomérations, et en analyserons sommairement l'armement et l'activité. Un premier chapitre sera réservé aux exemples étrangers, un second aux grandes agglomérations françaises.

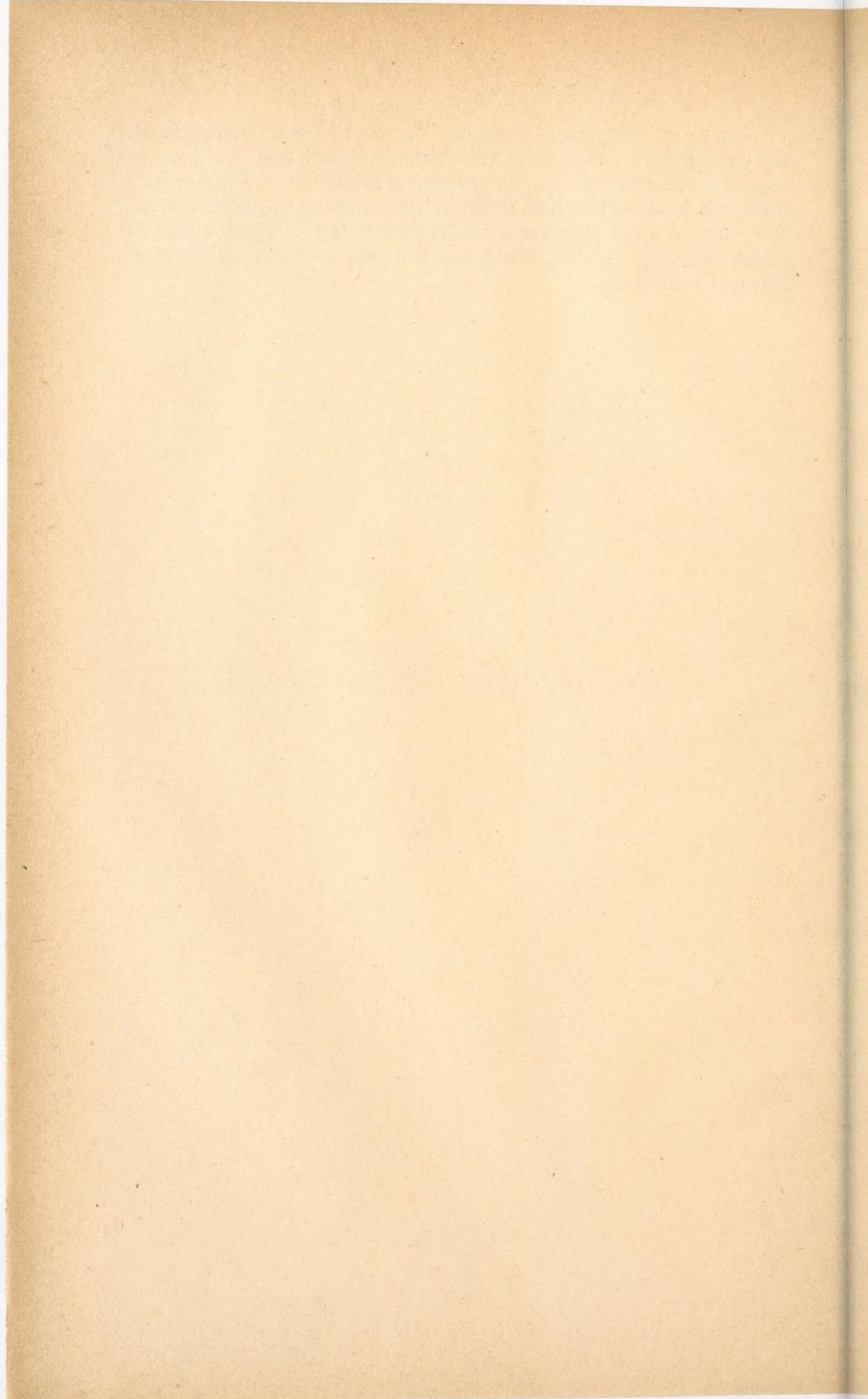
Nous tenterons, dans une *seconde partie*, de dégager les caractéristiques communes des hôpitaux étudiés. Dans un premier chapitre, nous nous placerons au point de vue médical, et comparerons l'armement et l'activité des hôpitaux examinés. Dans un second chapitre, nous envisagerons le point de vue administratif et financier.

Nous espérons avoir ainsi donné une vue générale de la situation des hôpitaux, décrite dans ses aspects les plus significatifs. Ce tour d'horizon achevé, il nous sera loisible d'entreprendre, dans une étape ultérieure, l'examen des problèmes hospitaliers majeurs, et de chercher à les résoudre dans une perspective d'ensemble.

* * *

Qu'il nous soit permis, au moment d'aborder cette étude, d'adresser à M. le Président Jouany et à M. le Docteur Xavier Leclainche le témoignage de notre affectueuse gratitude. M. le Président Jouany nous a inspiré l'idée même d'un tel ouvrage et n'a cessé de nous encourager de ses conseils au cours de son élaboration. M. le Docteur Xavier Leclainche nous a permis, dans les fonctions qu'il nous a confiées auprès de lui depuis plus de six ans, d'examiner les questions hospitalières ou sociales les plus diverses, et nous a guidés de ses suggestions et de ses remarques.

Nous sommes également heureux d'exprimer ici notre reconnaissance aux personnalités éminentes, à nos collègues, à nos amis, qui nous ont apporté le plus précieux concours et nous ont procuré une abondante documentation. Nous voulons enfin remercier particulièrement nos collaborateurs, M^{lle} Saulnier, à qui nous sommes redevables de la plus grande partie des calculs statistiques, et M. Millery, qui a dessiné avec elle les figures qui illustrent cette étude.



PREMIÈRE PARTIE

PANORAMA HOSPITALIER

WESTERN PART

PANORAMA HOSPITAL

CHAPITRE PREMIER

EXEMPLES ÉTRANGERS

SECTION I

LES ÉTATS-UNIS ET NEW-YORK

§ 1. — *L'organisation hospitalière des Etats-Unis*

Les hôpitaux tiennent une place morale et matérielle considérable dans la vie américaine, et leur activité est en constant développement. Selon l'optique d'outre Atlantique ils constituent même la septième industrie nationale. En 1950, établissements de cure et hôpitaux psychiatriques compris, leurs 1 505 000 lits et berceaux ont reçu 18 483 000 personnes¹, soit un américain sur huit. Leurs dépenses, au cours de la même année se sont élevées à 3 650 millions de dollars, et leur actif était estimé à 7 750 millions. Leur personnel atteint le chiffre du million.

Avant tout, l'organisation hospitalière est caractérisée par la prédominance des institutions privées. Celles-ci sont de deux types :

- les « proprietary hospitals », analogues à nos cliniques, jouent un rôle limité,
- les « voluntary hospitals », dits « non-profit », c'est-à-dire à but charitable, détiennent le nombre de lits le plus considérable, et comptent parmi eux les établissements les plus réputés et les mieux équipés, et notamment les grands hôpitaux d'enseignement.

Ils s'adressent à une clientèle variée, et comprennent trois classes :

- « private », chambre particulière,
- « semi private », chambre à plusieurs lits,
- « ward », salle commune.

1. Ces chiffres sont passés en 1953 à 1 573 014 lits et 19 869 061 admissions, représentant 486 millions 381 115 journées d'hospitalisation.

Dans l'ensemble, la première reçoit les malades payants, la seconde les bénéficiaires des systèmes d'assurance tels que la « Blue Cross », la troisième, les indigents.

En dépit de l'aide des industries, l'équilibre financier des hôpitaux charitables est précaire, du fait surtout de l'insuffisance des remboursements des collectivités. Ils s'administrent librement et choisissent à leur gré leur corps médical. Toutefois, une action coordinatrice est exercée par les grandes associations médicales ou hospitalières : « American Medical Association », « American Hospital Association », « American College of Surgeons », et, depuis 1946, par les pouvoirs publics, à l'occasion de l'octroi de subventions. L'« American College of Surgeons », notamment, a défini des normes de fonctionnement et procède au classement périodique des établissements.

Les hôpitaux publics relèvent de collectivités différentes : Etats, comtés, municipalités. Ils reçoivent les diverses catégories de malades, bien que l'admission des malades payants soit freinée.

L'importance relative des trois catégories d'établissements mérite d'être précisée :

ETATS-UNIS — 1950				
HOPITAUX POUR MALADIES DE COURTE DURÉE				
Catégories	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits	Nombre de berceaux	Indice ‰ lit-population (1)
« Proprietary »	1.218	41.591	9.607	0,27
« Voluntary »	2.871	331.862	62.465	2,21
« Public » (hôpitaux fédéraux exclus)	942	131.051	13.947	0,87
Total	5.031	504.504	86.019	3,36

(1) Berceaux non compris

Ces chiffres ne concernent, en effet, que les hôpitaux de malades aigus, auxquels nous nous référons de préférence dans cette étude, et qui ne représentent aux Etats-Unis, comme ailleurs, qu'une partie seulement de l'armement hospitalier.

ETATS-UNIS — 1950¹
ENSEMBLE DE L'ARMEMENT HOSPITALIER

Nature des établissements	Nombre des établissements	Nombre de lits (berceaux exclus)	Indice ‰/100 lit-population
Maladies à court terme	5.031	504.504	3,36
Maladies à long terme	412	70.136	0,46
Tuberculose	398	72.178	0,48
Maladies mentales	533	619.530	4,13
Hôpitaux fédéraux	414	189.477	1,26
Total	6.788	1.455.825	9,70

(1) En 1953, l'ensemble de l'armement hospitalier américain comprend : 749 393 lits de maladies mentales, 653 752 lits de « soins généraux » (« general care »), 82 406 lits de tuberculose et 81 463 lits d'autres catégories.

Il existe, en effet, des hôpitaux fédéraux, destinés essentiellement aux anciens combattants (« veterans ») — ils comprennent 114 000 lits — ainsi qu'aux forces armées.

L'activité des hôpitaux de malades aigus fait apparaître des séjours moyens de courte durée, variables avec la catégorie des établissements, et qui traduisent l'influence des facteurs sociaux et économiques. En moyenne, les coefficients d'occupation sont inférieurs à la norme maximum de 80 % :

ETATS-UNIS — 1950
ACTIVITÉ DES HOPITAUX DE MALADES AIGUS

Catégories des établissements	Durée moyenne de séjour	Pourcentage moyen d'occupation
« Proprietary »	5,6 jours	61,6
« Voluntary »	7,7 —	74,5
« Public »	10,7 —	75,6

La réduction progressive de la durée de séjour et les perfectionnements techniques incessants rendent l'hospitalisation onéreuse. En 1950, les prix de revient de la journée atteignent en moyenne \$ 18,49 en Nouvelle-Angleterre, et \$ 22,83 dans la région du Pacifique. De tels taux posent des difficiles questions de financement pour les hôpitaux privés et rendent encore plus sensible pour la population l'absence de Sécurité sociale.

L'évolution hospitalière consacre désormais, à côté de l'hospitalisation, une place importante aux consultations externes (« out patients departments ») qui contribuent à élargir la notion d'hôpital. Toutefois, bien qu'elles soient très fréquentées, elles gardent dans de nombreux cas leur caractère primitif de dispensaires, manquent de prestige, et n'ont qu'un lien ténu avec les autres départements de l'hôpital. Elles tendent cependant à se transformer en centres de diagnostic, fonctionnant en accord avec les médecins privés. Le champ d'action des hôpitaux vient encore de s'accroître avec les soins à domicile (« home care »), actuellement en pleine extension dans les grandes villes.

Cette organisation constitue un réseau inégal sur toute l'étendue de l'Union. Elle n'est dense que dans les régions urbanisées de l'est ou du centre. Sa valeur également n'est pas uniforme, et, à côté de centres très puissants, elle présente une poussière de petits hôpitaux — à côté des édifices modernes, des constructions vétustes. Dans l'ensemble, du fait du développement continu de la fréquentation hospitalière, les Etats-Unis souffrent d'une pénurie sensible des moyens hospitaliers. La densité de l'armement, tous hôpitaux compris, ne dépasse pas 9,7 lits pour 1 000 habitants, elle tombe à 3,8 ‰ pour les hôpitaux proprement dits, alors que les besoins, pour ces derniers, sont évalués à 4,5 ‰, soit 230 000 lits à créer, et 5 ‰ pour les hôpitaux psychiatriques, soit 330 000 lits à créer.

Cette situation a provoqué dans certaines villes ou quelques Etats, le plus souvent sous forme d'initiatives privées, et ensuite sur le plan fédéral, la mise en œuvre de plans d'équipement destinés à doter la population des moyens hospitaliers indispensables. Notamment, la loi du 13 août 1946 (Act. n° 725), dite « Hill Burton Act », qui a été prorogée, a prescrit un inventaire général des besoins et des moyens d'hospitalisation, institué une planification hospitalière générale, et organisé un système de subventions pour les Etats, sur la base de leur population et de leur revenu. Cet effort a porté essentiellement sur les hôpitaux ruraux. Les établissements privés sont inclus dans la planification générale, les Etats étant autorisés à les subventionner, jusqu'à concurrence de 33 %, pour les constructions.

Une telle politique vise aussi à une refonte de l'organisation hospitalière générale. La régionalisation, qu'accentue la planification, avec le classement des établissements, est dès maintenant l'une des caractéristiques majeures du système hospitalier américain. Elle se fonde sur le développement de la spécialisation des services hautement qualifiés, dont la zone d'attraction va en s'élargissant, et sur l'institution très répandue du perfectionnement des médecins des petites villes, au moyen d'échanges réciproques avec les centres hospitaliers, sous forme de stages et de tournées de consultants.

Plus que partout ailleurs, les hôpitaux sont devenus l'armature de l'organisation médicale, qui connaît dans ses autres secteurs un développement et des besoins du même ordre que les leurs. Les Etats-Unis disposent, en

effet, d'un très nombreux corps médical — au total 201 277 médecins en 1949, soit 1,3 pour 1 000 habitants. En dépit d'une telle densité, la plus forte du monde après Israël, et par suite également d'une répartition très inégale, les besoins sont évalués à un effectif supplémentaire de 22 000 à 45 000 médecins. Il existe aussi dans de nombreuses régions, encore que leur réseau soit incomplet, des services locaux de « Public Health », chargés des tâches d'hygiène publique et de médecine préventive, et qui disposent d'infirmières-visiteuses.

Sur le plan de la législation sociale, l'on sait que les Etats-Unis ne bénéficient pas de Sécurité sociale. A défaut, les assurances volontaires, du type « Blue Cross » ou « Blue Shield » sont pratiquées sur une vaste échelle : en 1949, 66 millions de personnes, soit 44 % de la population, étaient assurées totalement ou partiellement pour les frais d'hospitalisation. En dépit du développement de ces institutions, une grande partie des frais d'hospitalisation restent à la charge des malades. Le rôle de l'assistance reste donc considérable, qu'il s'agisse des bénéficiaires des assistances légales, ou des nécessiteux, au titre de la « General Assistance », tributaire des moyens financiers des Etats et des comtés. Il est vrai que la fonction principale des hôpitaux publics consiste justement dans l'hospitalisation des indigents. Les hôpitaux privés charitables leur sont aussi ouverts, mais une partie seulement de leur charge est supportée par les collectivités d'assistance.

En avance sur la législation sociale, les institutions médicales et hospitalières ne sont pas cependant sans poser de graves problèmes : elles coûtent de plus en plus cher et sont de plus en plus difficilement financées, — le développement technique aboutit à « déshumaniser » la médecine ; une réaction se développe qui cherche à lui rendre son caractère humain (« comprehensive medicine », — la diffusion des techniques perfectionnées doit maintenir le niveau médical, — la coordination des divers éléments : hôpitaux, médecine publique, médecine privée, est une nécessité.

§ 2. — *Les hôpitaux de New-York*

La ville de New-York (« New-York City »), dont la population approche les 8 millions d'habitants, se compose de cinq « boroughs », Manhattan, Brooklyn, Queens, the Bronx et Richmond, de superficie et de population très inégales. L'administration de cet ensemble est partagée entre la municipalité de la ville et celles des « boroughs ». Malgré son étendue et sa dispersion géographique, la ville ainsi définie ne constitue pas toute l'agglomération new-yorkaise, dont la population globale dépasse 12 millions d'habitants, et qui se prolonge notamment au delà de l'Hudson, à Jersey-City et à Newark, dans l'Etat de New-Jersey.

Au 1^{er} janvier 1951, l'armement hospitalier de la ville de New-York comptait 171 établissements groupant 46 413 lits, soit 5,80 lits pour 1 000 habitants. Sur cet ensemble, les hôpitaux pour malades aigus, contagieux non

compris (« general care »), représentent 33 374 lits, soit une densité hospitalière de 4,17 ‰ :

NEW-YORK — 1 ^{er} janvier 1951		
ARMEMENT HOSPITALIER, SELON LA NATURE DES LITS ¹		
Nature des lits	Nombre de lits	Indice ‰/100 lit-population
« General Care » (médecine, chirurgie, maternité et spécialités)	33.374	4,17
Malades contagieux	597	0,07
Chroniques	4.809	0,60
Tuberculeux	5.626	0,70
Malades mentaux	1.619 ²	0,20
Convalescents et réhabilitation	388	0,04
Total	46.413	5,80

1. A l'exclusion des hôpitaux de l'Etat et des hôpitaux fédéraux.
2. Y compris les établissements situés en dehors de New-York, la capacité totale en psychiatrie était de 39.819 lits en 1947 (d'après le « Master Plan »).

Cet armement est d'ailleurs inégalement réparti selon les « boroughs » ainsi qu'il apparaît notamment pour les services de malades dits de « general care »¹ :

ARMEMENT HOSPITALIER DE NEW-YORK — 1 ^{er} janvier 1951 ¹			
RÉPARTITION DES LITS DE « GENERAL CARE » ENTRE LES « BOROUGHS »			
« Boroughs »	Population (prévue par le « Master Plan »)	Nombre de lits	Indice ‰/100 lit-population
Manhattan	1.900.000	17.400	11,60
The Bronx	1.485.000	3.251	2,18
Brooklyn	2.792.000	9.266	3,31
Queens	1.638.000	2.816	1,71
Richmond	185.000	641	3,46
Total	8.000.000	33.374	4,17

1. Malades aigus, contagieux déduits.
En 1951, la population effective de la ville atteignait 7.835.000 habitants.

1. Cf. Fig. 1 : Hôpitaux publics et privés de la ville de New-York, *infra*, p. 21.

Comme dans l'ensemble des Etats-Unis, l'importance des différentes catégories d'établissements est inégale, avec une nette prépondérance des hôpitaux privés « non-profit » :

ARMEMENT HOSPITALIER DE NEW-YORK — 1 ^{er} janvier 1951				
RÉPARTITION SELON LE STATUT DES ÉTABLISSEMENTS				
Catégories	Nombre d'établissements		Capacité	
	Nombre	%	Nombre de lits	%
« Proprietary »	47	27,5	4.288	9,23
« Voluntary »	99	57,9	24.771	53,37
« Public »	25	16,6	17.354	37,39
Total	171	100	46.413	100

ARMEMENT HOSPITALIER DE NEW-YORK — 1 ^{er} janvier 1951			
RÉPARTITION DES LITS D'HOPITAL (PROPREMENT DIT)			
D'APRÈS LE STATUT DES ÉTABLISSEMENTS			
Catégories	Nombre de lits	Pourcentage du total	Indice ^o /100 lit-population
« Proprietary »	3 655	9,33	0,45
« Voluntary »	23.491	59,27	2,93
« Municipal »	12.022	30,69	1,50
Total	39.168	100	4,89

Les plus importants établissements privés charitables ou publics sont étroitement associés à l'une des sept écoles de médecine que compte la métropole atlantique, et un grand nombre d'autres leur sont affiliés. Dans l'ensemble également, un nombre considérable de médecins fréquentent à un titre ou à un autre les hôpitaux, 10 644 sur un total de 17 655.

Les « voluntary hospitals » comprennent notamment deux centres d'enseignement et de recherche réputés.

Le « New-York hospital » (1 204 lits), associé à l'Institut Rockefeller de recherches (20 lits) et voisin du « Memorial Hospital » (267 lits), groupe en outre l'école de médecine et l'école d'infirmières de l'Université

Cornell. En 1951, son activité s'est traduite par 306 666 journées, et une durée moyenne de séjour de douze jours. Le pourcentage moyen d'occupation des services pour les seules salles communes (« wards ») s'est élevé à 79,4 %. A côté d'un important service de consultations externes, qui a assuré durant la même année 259 103 examens à 48 757 malades, il dispose depuis 1950 d'un centre de diagnostic, le « Vincent Astor Diagnostic Service ». L'activité des consultations par rapport à la capacité d'hospitalisation est dans le rapport de 215 examens pour un lit par an.

De son côté, le « Presbyterian Hospital Medical Center » est pareillement situé dans l'enceinte de l'école de médecine de l'Université Columbia. Près de lui, vient d'être édifié par la Municipalité le « Francis Delafield Hospital » spécialisé dans la lutte contre le cancer. Le « Presbyterian » qui compte 1 327 lits rassemble 973 médecins et 3 098 agents du personnel. En 1949, son activité a atteint 31 206 admissions, 422 412 journées, 52 931 consultants et 404 013 examens en consultations externes. Elle fait apparaître une durée moyenne de séjour de 13,5 jours, un coefficient moyen d'occupation de 87,1 % et un rapport $\frac{\text{examens externes}}{\text{nombre de lits}}$ égal à 304 par an.

En dépit de leur haut rendement ainsi que des importantes ressources de leur dotation et des contributions volontaires dont ils sont l'objet, ces institutions ont une gestion déficitaire. Leurs prix de revient sont particulièrement élevés : \$ 25,11 en moyenne par journée au New-York Hospital en 1951, en hausse sensible sur les années antérieures. En 1949, il était déjà de l'ordre de \$ 18 au « Presbyterian Hospital ».

Parmi les hôpitaux « non profit », le « Montefiore Hospital » affilié à l'Université Columbia, destiné au traitement des malades chroniques, occupe une place particulière en raison du développement de ses services de soins à domicile (« home care ») dont il a été l'initiateur en 1947, sous l'impulsion du docteur Bluestone.

*
* *

En regard de la puissance des hôpitaux privés, l'armement public n'est pas négligeable. Mis à part les hôpitaux des anciens combattants, il dépend de la municipalité de New-York, dont le « department of hospitals » groupe sous l'autorité d'un « commissioner » nommé par le maire, 25 hôpitaux : hôpitaux généraux, spéciaux, hôpitaux-sanatoriums et deux établissements pour vieillards. Chacun d'eux est dirigé, avec une notable marge d'indépendance par un « superintendent ». Il existe un service d'achat commun, confié lui aussi à un « commissioner ». Observons encore que les questions d'aide sociale relèvent d'un autre département municipal, le « Welfare ».

Parmi les hôpitaux publics, citons notamment :

le « Bellevue Hospital », de 3 000 lits de malades aigus, tuberculeux

et mentaux, voisin de l'Université de New-York, et dont l'état-major médical appartient à trois écoles de médecine. Il constitue un important

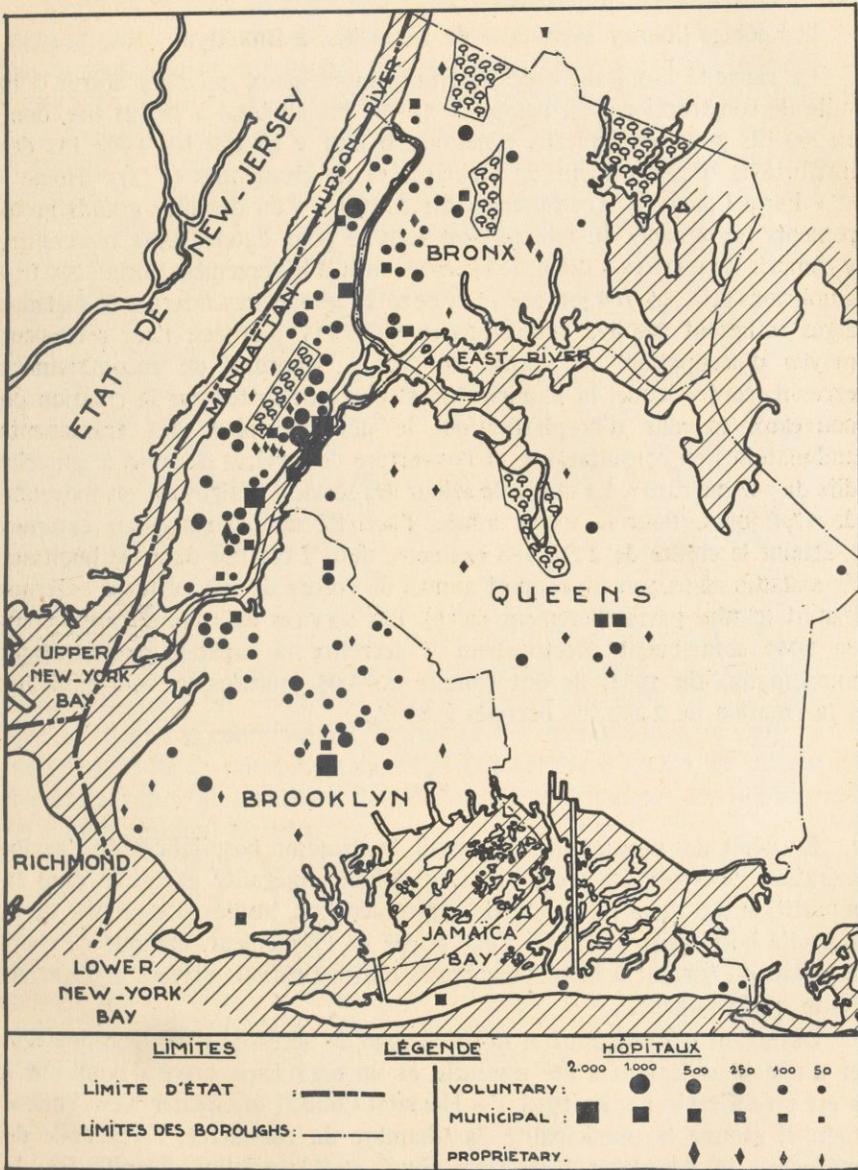


Fig. 1. — HOPITAUX PUBLICS ET PRIVÉS DE LA VILLE DE NEW-YORK — 1951.

centre médical, en dépit de ses installations anciennes, et doit être reconstruit ;

le « Goldwater Memorial Hospital », réservé aux chroniques, construit dans une île de l'East River, « Welfare Island », qui abrite une vaste concentration hospitalière ;

le « Kings County Hospital » de 2 500 lits, à Brooklyn.

La capacité hospitalière des hôpitaux municipaux qui s'est accrue à la suite de constructions, est passée de 17 354 lits au total à 18 521 lits, dont 10 299 lits pour les hôpitaux généraux. Il faut y ajouter les 2 903 lits des institutions d'hébergement de vieillards et de chroniques (« City Home » et « Farm Colony »). Un tel ensemble constitue l'un des plus grands groupements hospitaliers du monde. Son activité pour l'année 1951 représente, y compris les services à domicile et les services d'hébergement social, 279 019 admissions et 7 765 764 journées. Sur ce total, les services internes de malades aigus comptent 208 897 admissions et 3 640 115 journées. Leur coefficient moyen d'occupation, de l'ordre de 96,9 %, exprime un encombrement excessif, contre lequel la municipalité s'efforce de lutter par la création de nouveaux moyens d'hospitalisation, le développement des traitements ambulatoires en consultations, et l'ouverture de services de soins à domicile dits de « home care ». La durée de séjour des services d'aigus est en moyenne de 17,4 jours. Pour la même année, l'activité des consultations externes a atteint le chiffre de 2 272 588 examens, dont 2 111 284 dans les hôpitaux de malades aigus, soit un rapport annuel de l'ordre de 205 examens externes par lit (chiffre particulièrement élevé). Les services de « home care » créés en 1949 contribuent effectivement à accroître la capacité des hôpitaux municipaux. En 1951, ils ont compté 667 095 journées, ce qui équivaut à la création de 2 250 lits occupés à 85 %.

* * *

En dépit des moyens mis en œuvre, la situation hospitalière de l'agglomération new-yorkaise n'est pas sans défaut : inégalité excessive dans la répartition des lits à l'intérieur de l'agglomération, insuffisance globale de la capacité hospitalière, vétusté d'une partie de l'armement, manque de coordination dû surtout à la prépondérance des institutions privées agissant en toute indépendance.

Dès avant le « Hill Burton Act » de 1946, la nécessité d'une coordination et d'une planification a été ressentie, et un organisme privé « non-profit » a été créé à cette fin, en 1938, l'« Hospital Council of Greater New-York ». Celui-ci groupe la municipalité, la Chambre de commerce, l'Académie de médecine, le « Greater New-York Fund », l'Association hospitalière de New-York, les trois grands groupements religieux charitables.

Ce conseil s'est assigné six objectifs : préparer un plan de développement hospitalier, coordonner les hôpitaux entre eux et avec les organismes d'hygiène, définir des normes d'équipement et de méthodes, réaliser l'entente

entre les hôpitaux et les médecins, faire connaître les besoins financiers des hôpitaux, faire œuvre de vulgarisation et de propagande.

Le plan, achevé en 1947 après des investigations minutieuses menées dans le cadre de 41 circonscriptions locales d'enquête (« study areas »), est connu sous le titre de « Master plan for hospitals and related facilities for New-York City » (Plan directeur pour les hôpitaux de New-York et possibilités médicales qui s'y rattachent). Il embrasse la totalité des établissements hospitaliers : hôpitaux pour malades aigus, convalescents, chroniques, contagieux, sanatoriums, établissements psychiatriques. Il définit et applique une doctrine hospitalière complète, adaptée au milieu urbain. Les besoins sont évalués à partir de l'indice lit-décès. Les moyens sont inventoriés avec l'indication de leur valeur, et notamment de la résistance au feu des bâtiments. Une hiérarchie des hôpitaux est établie : hôpitaux de communauté, hôpitaux régionaux, centraux, hôpitaux de tuberculeux et de mentaux. Sur ces bases, le plan fixe l'implantation des établissements, leur capacité et leur affectation. Il en déduit les créations, les reconstructions et les améliorations à entreprendre. Pour les seuls malades aigus, il est prévu la création de 1 600 lits nouveaux et le remplacement de 10 000 lits anciens.

Une telle manière de faire, la seule qui soit adaptée aux institutions, est significative de l'esprit américain. Pour nous autres Français, il est remarquable que les établissements privés se soumettent librement à une organisation générale et que les pouvoirs publics consentent à participer sur un pied d'égalité, avec les représentants des institutions privées, à l'élaboration d'un plan auquel leurs propres services seront soumis. Ce système a ses limites. Sa force est avant tout morale, d'ordre rationnel. Le plan se fonde sur un appel à la coordination. Cependant son application reste soumise à la surveillance de l'« Hospital Council of Greater New-York », et surtout elle reçoit la sanction financière de l'organisme distributeur des subventions, le « Joint Hospital Board ».

De fait, le plan a été suivi d'effet. Le nombre des lits pour malades aigus est passé de 32 071 à 33 374, atteignant presque le plafond préconisé, calculé d'ailleurs d'après une prévision démographique un peu forte. Le renouvellement des services « inacceptables » (« unsuitable ») est en partie opéré (3 400 lits sur 10 000 prévus). Le Conseil hospitalier de New-York continue d'ailleurs son œuvre de coordination et de planification, qu'il étend désormais aux comtés voisins, dans Long-Island. Un tel exemple est à méditer.

SECTION II

LES PAYS-BAS, AMSTERDAM

Les hôpitaux publics hollandais sont tous municipaux. Comme aux Etats-Unis, ils n'ont pas la personnalité juridique, et les villes les gèrent comme leurs autres services en régie. Les activités municipales sont en effet très variées et très importantes, notamment dans le secteur économique. Ce rôle des villes, conçues comme des associations de personnes, et qui est en rapport avec leur particularisme foncier hérité des communes bourgeoises, explique le statut des hôpitaux publics. Ceux-ci détiennent la moitié de l'armement hospitalier. Les hôpitaux privés présentent entre eux de grandes différences et relèvent d'œuvres diverses, confessionnelles ou laïques.

L'armement hospitalier du pays en 1950 comprend 261 hôpitaux, réunissant 44 500 lits, dont 2 000 berceaux. Durant la même année, 603 000 malades ont été hospitalisés, la moyenne d'occupation s'est élevée à 83 %, la durée moyenne à 22 jours et les dépenses totales à 140 millions de florins.

Plus du dixième des lits sont groupés à Amsterdam. Cette ville, qui a annexé à son territoire celui de sa banlieue, comme les autres grandes villes hollandaises, constitue avec ses 830 000 habitants en 1949 la plus grosse agglomération des Pays-Bas. Elle possède trois hôpitaux municipaux d'une capacité totale de 2 500 lits, et 17 hôpitaux privés groupant de leur côté 2 800 lits. L'activité de ces différents établissements peut être résumée par les deux tableaux suivants :

HOPITAUX D'AMSTERDAM — 1949				
ARMEMENT ET ACTIVITÉ				
	Nombre de lits	Nombre d'entrants	Nombre de journées	Indice °/oo lit-population
Hôpitaux municipaux	2.531	677.781	23.713	3
Hôpitaux privés	2.800	784.883	31.870	3,4
Total	5.331	1.462.664	55.583	6,4

Les hôpitaux municipaux accueillent essentiellement, sinon exclusivement, les indigents. Dans l'évolution actuelle, c'est là une survivance

HOPITAUX D'AMSTERDAM — 1949
FRÉQUENTATION, OCCUPATION, DURÉE DE SÉJOUR

	Etablissements	
	Publics et privés	
Taux de fréquentation annuelle pour 1 000 habitants		66 ‰
Coefficient moyen d'occupation pour 100 habitants	Publics	73 ‰
	Privés	76 ‰
Durée moyenne de séjour	Publics	28,5 jours
	Privés	24,6 jours

remarquable de la mission d'assistance des hôpitaux publics. Ils offrent un confort réel mais limité, et un développement technique satisfaisant. Ils servent d'hôpitaux d'enseignement pour la Faculté de médecine. Le coût de leur gestion est faible, et, bien que la municipalité ne soit remboursée que partiellement, les problèmes financiers ne se posent pas de façon aiguë.

L'organisation hospitalière amsteldamoise présente une particularité du fait de la coordination des activités des hôpitaux publics et privés que réalise un système central d'admission pour l'ensemble des établissements et qui est confié au département municipal des hôpitaux ; c'est ce service qui prononce l'admission des malades en services de soins à domicile du type « home care », pour lesquels il est fait appel aux praticiens de ville.

La municipalité dispose, en outre, d'un important service médical, destiné au traitement à domicile ou en dispensaires des indigents. Certains dispensaires assurent même les soins d'urgence.

Les établissements de vieillards tiennent une place importante parmi les institutions sociales tant publiques que privées, et présentent des traits originaux qui méritent d'être signalés. Il s'agit des « hofjes » (littéralement : jardins) qui sont constitués par des groupements de maisonnettes dans des parcs. Amsterdam dispose de 1 900 lits de vieillards, dont 1 780 à l'hospice des Pauvres, et 80 en « hofjes » à l'hospice des Veuves. Il existe environ 2 000 lits de vieillards relevant d'œuvres privées, confessionnelles ou laïques. Cet armement représente un indice total lit-population de 4,69 ‰, dont 2,28 ‰ pour les établissements publics et 2,40 ‰ pour les établissements privés.

SECTION III

LA BELGIQUE - BRUXELLES ET LIÈGE

§ 1. — *L'organisation hospitalière belge*

L'organisation hospitalière belge est caractérisée par l'importance à peu près égale des secteurs public et privé, avec toutefois une prédominance de ce dernier.

Comme aux Pays-Bas, les hôpitaux publics sont essentiellement communaux. Ils échappent par contre à la gestion directe des municipalités. Le régime actuel est d'ailleurs issu des lois françaises de la Révolution. Jusqu'en 1925, en effet, les hospices civils et les bureaux de bienfaisance étaient régis par les lois de l'an V, et les uns et les autres dotés de la personnalité morale.

La loi du 10 mars 1925 a opéré leur fusion et a confié leurs attributions dans chaque commune à une *Commission d'assistance publique (C. A. P.)* ayant elle aussi la qualité d'établissement public, et dont la création est obligatoire. Cette commission doit ou bien disposer d'hôpitaux ou bien à défaut passer convention avec d'autres commissions d'assistance publique ou avec des établissements privés, faisant l'objet d'une autorisation royale. La réforme qui a généralisé à la Belgique le régime particulier de Bruxelles, inspiré lui-même de celui de Paris, a eu pour objet de réaliser une unité d'action entre les commissions des hospices et celles des bureaux de bienfaisance, de permettre aux hôpitaux richement dotés de financer le fonctionnement de l'assistance, enfin de mettre fin aux inégalités d'équipement hospitalier entre les villes et les campagnes.

Notons que si les établissements de cure ou de prévention antituberculeuse sont pour la plupart gérés par l'Œuvre nationale de défense contre la tuberculose, à l'inverse, les services ou les établissements psychiatriques relèvent des commissions d'assistance publique.

Les membres des commissions d'assistance publique sont désignés par les conseils communaux avec représentation des minorités politiques. Le bourgmestre, ou l'échevin qui le remplace, peut présider les séances. Les communes et le pouvoir central exercent une tutelle assez étroite. En cas d'insuffisance des ressources, le déficit financier est comblé par le budget de la commune.

Ainsi les mêmes organismes exercent l'administration des hôpitaux et des hospices et sont chargés de l'application de l'ensemble des lois d'assistance : assistance à domicile (secours, aide médicale), assistance préventive

par affiliation de la population secourue aux organismes de Sécurité sociale, assistance à l'enfance. Malgré la complexité de ces attributions et en dépit d'un cadre géographique trop étroit, il apparaît que les C. A. P. se sont montrées, dans l'ensemble, à la hauteur de leurs tâches, et notamment qu'elles ont contribué au développement et à la modernisation des hôpitaux.

Sans doute, dès avant la loi de 1925, diverses dispositions ont prévu la possibilité d'unir plusieurs communes, soit pour la création d'établissements inter-communaux, soit sous forme d'associations de communes, auxquelles peuvent participer l'Etat, les provinces et même des groupements privés. La loi de 1925 a organisé les « unions intercommunales », qu'une loi de 1945 permet au gouvernement de créer d'office. En fait, le particularisme communal n'a souffert jusqu'ici que de très rares exceptions, puisqu'il n'existe aucune commission intercommunale d'assistance publique à compétence générale et quelques-unes seulement à compétence spéciale.

Le cadre communal fait place à une certaine organisation régionale, essentiellement fondée sur les hôpitaux d'enseignement associés aux facultés de médecine ¹. Il existe des « fonds communs » provinciaux destinés à couvrir les frais de traitement de diverses catégories de malades de longue durée quand ils sont pris en charge par une autre C. A. P. que celle de leur domicile de secours. Ces fonds sont aujourd'hui uniquement financés par l'Etat. De même, les déficits des C. A. P. qui incombent aux communes sont couverts à concurrence de 90 % par l'Etat, au moyen d'un fonds communal d'assistance, doté d'un milliard de francs belges. Ces déficits sont dus, en ce qui concerne le fonctionnement des hôpitaux, à l'insuffisance des prix de journée, fixés à des taux voisins des tarifs de la Sécurité sociale.

Depuis la dernière guerre, les établissements publics ont perdu la première place, à la suite de l'énorme développement de l'armement privé entre les années 1920-1939. C'est ce que traduit la situation en 1953 :

ARMEMENT HOSPITALIER DE LA BELGIQUE — 1953				
HOPITAUX PUBLICS ET PRIVÉS				
Secteur	Etablissements		Capacité	
	Nombre	%	Nombre de lits	%
Public	118	28,99	15.623	43,62
Privé	289	71	20.192	56,37
Total	407	100	35.815	100

1. Universités d'Etat et C. A. P. à Gand et Liège, Université libre et C. A. P. à Bruxelles, Université catholique, C. A. P. et cliniques universitaires privées à Louvain.

Jusqu'à la loi du 28 décembre 1944 sur l'organisation de la Sécurité sociale, les institutions privées échappaient à peu près à toute réglementation et à toute coordination. Depuis cette loi et les textes qui l'ont suivie, elles doivent obtenir l'agrément (agrément) du ministre de la Santé publique. Elles ont été ainsi intégrées dans la politique hospitalière générale et bénéficient, au même titre que les établissements publics, de l'effort d'investissement.

Dans l'ensemble, en effet, l'armement hospitalier belge est encore numériquement insuffisant, notamment pour certaines catégories de lits, en dépit des importantes réalisations déjà effectuées. En 1951, la situation pouvait se résumer selon les disciplines par le tableau suivant :

ARMEMENT HOSPITALIER DE LA BELGIQUE — 1951					
RÉPARTITION DES LITS PAR CATÉGORIE DE SERVICES					
Catégories	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total	Indice ‰/‰ lit-population	
				Effectif	Idéal
Médecine	5.400	2.286	7.686	0,88	1
Chirurgie	3.850	5.826	9.676	1,10	1,2
Maternité	1.200	2.384	3.584	0,41	0,6
Pédiatrie	780	814	1.594	0,18	0,6
Contagieux	1.133	225	1.358	0,15	0,3
Spécialités	1.368	1.210	2.578	0,29	0,8
Affectation multiple	1.215	4.125	5.340	0,61	»
Lits de petite chirurgie		46	46		
Total	14.946	16.916	31.862	3,68	4,5

Cette insuffisance est d'ailleurs variable avec les provinces, dont l'indice lit-population global s'échelonnait, en 1951, de 4,2 ‰/‰ dans le Brabant et dans la province d'Anvers, à 1,4 ‰/‰ dans celle de Namur et 1,1 ‰/‰ dans le Luxembourg. Il existe en outre de nombreux établissements anciens. Le sixième des hôpitaux publics est antérieur à 1850.

Au regard de ces besoins, le « plan décennal de construction et de réorganisation hospitalière » a prévu une première tranche de travaux de 6 000 lits d'hôpitaux publics à renouveler ou à créer et un crédit de 2 500 millions de francs belges. Ce plan est l'œuvre de la Commission consultative de la réorganisation hospitalière, fondée en 1947, et chargée de l'agrément des établissements et de l'amélioration des conditions d'hospitalisation. De 1951 à 1953, l'accroissement de la capacité d'hospitalisation s'est élevé à 3 953 lits, dont 677 lits dans le secteur public et 3 276 dans le secteur privé,

portant principalement sur la médecine et la chirurgie générales. En 1958, l'armement hospitalier doit atteindre pour l'ensemble des deux secteurs le chiffre de 43 177 lits, ce qui représente la création de 14 227 lits par rapport à 1948, c'est-à-dire 50 % de la capacité d'hospitalisation.

Le tableau ci-dessous résume par province la situation au 1^{er} septembre 1953 et l'évolution de l'indice lit-population de 1951 à 1958 :

ARMEMENT HOSPITALIER BELGE PAR PROVINCE ¹							
1 ^{er} septembre 1953							
Provinces	Population 1953	Nombre de lits			Indice total °/oo lit-population		
		Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total	1951	1953	1958
Anvers	1.330.000	2.948	2.873	5.821	4,2	4,4	5
Brabant	1.849.000	3.952	4.688	8.640	4,2	4,7	5,4
Flandre Occidentale	1.018.000	1.604	3.328	4.932	4	4,8	5,8
Flandre Orientale	1.238.000	2.975	2.869	5.844	4,1	4,7	5,9
Hainaut	1.253.000	1.361	2.960	4.321	2,9	3,4	4,2
Liège	987.000	1.790	1.962	3.752	3,9	3,8	4,5
Limbourg	504.000	685	922	1.607	2,9	3,2	5
Luxembourg	215.000	22	272	294	1,1	1,4	1,7
Namur	361.000	286	318	604	1,4	1,7	2
Total	8.757.000	15.623	20.192	35.815	3,7	4,1	4,9

1. Cf. docteur S. Halter, *Situation statistique des hôpitaux au 1^{er} septembre 1953*, dans la *Revue de l'Assistance publique à Paris*, n° 32, p. 609 à 617.

En dehors des hôpitaux proprement dits, la Belgique dispose d'importantes institutions hospitalières médicales :

- 46 établissements psychiatriques totalisant 24 205 lits,
- 27 sanatoriums pulmonaires et extra-pulmonaires réunissant 3 984 lits,
- 19 préventoriiums groupant 2 199 lits,

sans compter les lits des centres de triage. Cet armement est complété par 119 dispensaires antituberculeux et 190 dispensaires de soins.

L'hospitalisation des vieillards tient traditionnellement une place importante. Elle est partagée entre les œuvres privées et les commissions d'assistance publique, soit 328 hospices publics et 150 hospices privés. Les uns et les autres rassemblent 28 732 lits (en 1951), représentant un indice général de 3,3 lits pour 1 000 habitants.

§ 2. — *L'Assistance publique de Bruxelles*

Au XII^e siècle, il est fait mention d'une léproserie, au cœur même du vieux Bruxelles (« Oubrussel »), qui sera l'ancêtre de l'actuel hôpital Saint-Pierre, et ensuite de trois hospitalia destinés aux pèlerins. Apparaissent ensuite l'hôpital du Saint-Esprit, dénommé par la suite Saint-Jean, et le Grand Béguinage devenu depuis l'hospice de l'Infirmierie.

Lors de la Révolution française, les diverses institutions hospitalières sont rassemblées sous l'autorité de la Commission des hospices, à côté de laquelle est créé le Bureau de bienfaisance. Un arrêté de l'an X du préfet de la Dyle réalise leur fusion et crée une commission commune : le Conseil général des Hospices et Secours, dont la compétence s'étend d'ailleurs à tout l'arrondissement. Elle est ramenée au cadre de la ville en 1822. La réforme de 1925 a conservé ce cadre, c'est-à-dire celui de la ville proprement dite de Bruxelles, qui ne constitue plus désormais que le noyau central d'une agglomération de près d'un million d'habitants. L'agglomération comprend, outre la ville de Bruxelles, les communes de : Anderlecht, Auderghem, Berchem Sainte-Agathe, Etterbeek, Evere, Forest, Gaushoren, Ixelles, Jette, Kockelberg, Molenbeek Saint-Jean, Saint-Gilles, Saint-Josse Ten Noode, Schaerbeek, Uccle, Watermael-Boisfort, Woluwe-Saint-Lambert, Woluwe-Saint-Pierre, soit 966 000 habitants en 1950.

La Commission d'Assistance publique de Bruxelles a la charge de six hôpitaux, fondations ou instituts médicaux, d'un sanatorium, de cinq hospices ou maisons de retraite, de deux orphelinats, d'un établissement d'aveugles, de deux instituts dentaires. Cet armement représente 3 691 lits : 1 889 lits d'hôpital, 337 lits de sanatorium et de service fermé de psychiatrie, soit 2 226 lits d'établissement de soins, et 1 465 lits d'hospice, d'enfants assistés et d'aveugles. A côté des deux hôpitaux d'enseignement Saint-Pierre et Brugmann, il existe un centre de tumeurs, l'Institut Bordet, créé en commun avec l'Université qui en exerce la direction scientifique, la gestion étant assumée par la C. A. P. Un centre de traumatologie, doté d'une gestion autonome, a été récemment installé dans un pavillon hospitalier. Enfin la commission d'assistance publique est liée par convention à l'Université libre, avec laquelle elle a créé également une école d'infirmières. Une commission mixte d'étude a été constituée par l'échevin de l'Assistance publique.

En face de la C. A. P. de Bruxelles, les commissions d'assistance publique de banlieue, qui groupent six petits hôpitaux de 140 à 260 lits, neuf hospices ou maisons de retraite et cinq orphelinats, ne représentent que 1 282 lits d'hôpital et 802 lits de vieillards. La disproportion entre la densité hospitalière du noyau central et celle de la banlieue est ici écrasante. Au total, d'ailleurs, l'armement hospitalier public de l'agglomération bruxelloise est assez faible : 3,2 lits d'hôpital pour 1 000 habitants. Il est vrai que les cliniques et les hôpitaux privés fournissent un appoint énorme de 2 045 lits d'hôpital, soit 39 % de l'armement hospitalier total.

AGGLOMÉRATION DE BRUXELLES — 1950

ARMEMENT HOSPITALIER ET INDICE LIT-POPULATION

Nature des établissements	Population desservie	Hôpitaux		Hospices	
		Nombre de lits	Indice ‰	Nombre de lits	Indice ‰
<i>Hôpitaux publics</i>					
C. A. P. Bruxelles	185.141	1.889	10,2	1.068	5,7
C. A. P. Banlieue (18 communes)	781.589	1.282	1,6	802	1
Total C. A. P.		3.171	3,2	1.870	1,9
<i>Etablissements privés</i>					
Total général	966.730	5.216	5,3	2.266	2,3

AGGLOMÉRATION DE BRUXELLES — 1950

ACTIVITÉ DES HOPITAUX

Etablissements	Nombre de journées	Nombre d'admis- sions	Pour- centage d'occu- pation	Durée moyenne de séjour (en journées)
C. A. P. de Bruxelles : Saint-Pierre, Brugmann (à l'exclu- sion de l'Institut de psychiatrie)	279.212	14.411	52,8	19,3
C. A. P. de Schaerbeek : Hôpital	74.883	3.333	82	22,4

Comme il apparaît, le coefficient d'occupation des deux hôpitaux universitaires de Bruxelles, qui groupent ensemble 1 450 lits, est très faible, et bien au-dessous de celui des groupements hospitaliers similaires des grandes villes. Cet état de chose est dû à la concurrence très active des cliniques privées, créées ou conventionnées par les organismes d'assurances sociales, et qui, n'ayant pas la charge de l'enseignement et de la recherche, pratiquent des prix de journée plus faibles. Cette situation, qui n'est pas particulière à la Belgique, atteint ici un maximum de gravité.

Observons que les prix de revient de la journée d'hospitalisation se sont

élevés à 409 francs belges, soit 2 791 francs français, en moyenne pour les deux hôpitaux, en 1950, à 395,75 francs belges, soit 2 699 francs français à l'hôpital Brugmann, et 466 francs belges, soit 3 178 francs français à l'hôpital Saint-Pierre en 1952. Le tarif de remboursement est fixé à des taux nettement inférieurs. En 1949, pour un prix de revient moyen de 365 francs belges, il ne dépassait pas 262,50 francs belges. La différence doit être comblée, comme nous savons, par une contribution communale.

§ 3. — *L'Assistance publique de Liège*

L'agglomération liégeoise, qui comprend 23 communes ¹, compte 410 000 habitants, et la ville de Liège proprement dite en rassemble 156 000. Seule la Commission d'assistance publique de Liège dispose d'hôpitaux, notamment l'hôpital de Bavière, la clinique d'accouchement, l'hôpital des Anglais, qui vient d'être tout entier rénové, soit au total 1 089 lits d'hôpital. Elle gère aussi un hôpital de chroniques et une maison de retraite, représentant 662 lits de vieillards, deux orphelinats (hommes) groupant 166 lits, enfin deux établissements psychiatriques (sanatoria) qui comptent ensemble 471 lits. Le groupement hospitalier totalise ainsi 3 348 lits de toutes catégories. La banlieue est ici complètement démunie, il est vrai que la population totale de l'agglomération est inférieure à 500 000 habitants. Comme à Bruxelles, les cliniques et les hôpitaux privés jouent un rôle considérable, avec 940 lits, soit 46 % de l'ensemble. L'université d'Etat de Liège dispose de l'hôpital de Bavière et de la clinique d'accouchement pour l'enseignement. Rappelons encore la création toute récente d'un centre de radiologie, qui joue surtout le rôle de service de tumeurs.

La situation hospitalière de l'agglomération et l'activité des hôpitaux de la C. A. P. peuvent être ainsi résumées :

AGGLOMÉRATION DE LIÈGE — 1949					
ARMEMENT HOSPITALIER ET INDICE LIT-POPULATION					
Nature des Etablissements	Population totale de l'agglomération	Hôpitaux		Hospices	
		Nombre de lits	Indice ‰	Nombre de lits	Indice ‰
C. A. P. de Liège Etablissements privés		1.089	2,6	913	2,22
		940	2,3	485	1,18
Total	410.870	2.029	4,9	1.398	3,40

1. D'après l'arrêté du 9 juin 1949, ce sont, outre Liège, les communes de : Angleur, Ans, Beyne, Heusy, Chénée, Flemalle-Grande, Flemalle-Haute, Glain, Grace-Berleur, Grivégnée, Herstal, Hollognes-aux-Pierres, Jémeppe-sur-Meuse, Jupille, Montagnée, Ongrée, Rocourt, Saint-Nicolas, Seraing, Tilleur, Vaux-sous-Chèvremont, Vottem.

ACTIVITÉ DES HOPITAUX DE LA C. A. P. DE LIÈGE

Hospitalisation et consultation 1949		Prix de journée 1952		
			francs belges	francs français
Nombre de consultations	90,562			
Nombre de malades admis	12,274			
Rapport : consultation/nombre de lits	83,16	Prix de revient réel	356,52	2.431
Rapport : consultation/malades admis	7,3	Prix, calcul régle- mentaire	315,81	2.153
		Prix de journée au- torisé	270	1.841

SECTION IV

LA GRANDE-BRETAGNE ET LONDRES

§ 1. — *L'organisation hospitalière dans le service national de santé*

L'organisation hospitalière britannique, actuellement incluse dans le Service national de santé, s'est substituée à un système hospitalier composé pour partie d'hôpitaux privés à caractère charitable et dénommés, comme aux Etats-Unis, « voluntary hospitals », pour partie d'hôpitaux publics dits depuis 1929, « municipal hospitals ».

Le passé des « voluntary hospitals » remonte à la conquête normande. Le premier hôpital fut fondé à York en 1084 par l'archevêque Lanfranc. Durant le Moyen-Age, l'histoire hospitalière anglaise ne se distingue pas de celle des autres pays d'Europe occidentale. A la Réforme, les hôpitaux sont sécularisés et reçoivent de nouvelles dotations. Le XVIII^e siècle est le point de départ d'une floraison d'institutions philanthropiques qui se prolonge durant tout le XIX^e siècle, parallèlement au développement de la population des villes et aux progrès de la médecine. Jusqu'en 1948, tous les hôpitaux d'enseignement sont des « voluntary hospitals ». Mais à côté d'établissements aussi réputés, il y a place aussi pour de petits hôpitaux ruraux, les « cottages hospitals », parfois d'un niveau très faible.

Les hôpitaux publics n'apparaissent que tardivement. Ils ont une double origine. La plupart représentent une extension de la « Poor law », et constituent, à partir du « Gathorne Hardy's act » de 1867, des infirmeries réservées aux malades indigents, mais distinctes dorénavant des salles de malades des asiles. Ils sont gérés par les comités d'assistance publique. Les autres hôpitaux ont été créés par les autorités locales, après une loi de 1875 qui leur en reconnaît la faculté. Parmi eux, figurent surtout des établissements de contagieux. Les hôpitaux psychiatriques sont également gérés par les autorités locales, mais relèvent d'une réglementation particulière et dépendent d'un Comité central national.

Les deux catégories sont unifiées par une loi de 1929 (« local government act »), qui confie tous les hôpitaux à la gestion des autorités locales, supprime les commissions d'administration d'assistance et sépare les hôpitaux de l'assistance publique. Cette réforme précipite la transformation des infirmeries en véritables hôpitaux, dont le niveau médical et la clientèle tendent à s'identifier à celui et à celle des hôpitaux privés.

Dès lors, la coexistence des deux systèmes hospitaliers, jointe à la crise

financière latente des « voluntary hospitals » impose une large coordination et, en fin de compte, une refonte complète de toute l'organisation. Déjà à la fin du XIX^e siècle, est créé pour la région de Londres le « King Edward's Hospital Fund for London », destiné à procurer des ressources aux hôpitaux. En 1921, à l'issue de la première guerre mondiale, diverses mesures doivent être prises pour assainir la situation des hôpitaux privés : aide financière exceptionnelle, exonération d'impôts, permission des subventions, arrangements avec les hôpitaux publics pour pallier le manque de lits, création d'une commission des hôpitaux privés. En 1935, la solution apparaît dans l'organisation régionale, assortie d'une commission par région, et d'un classement des établissements en hôpitaux centraux, de district et de communauté. En 1940, sous l'autorité de Lord Nuffield, cette organisation prend corps, et se crée le « Nuffield Provincial Hospital Trust », organe de coordination, d'étude et de financement qui fait pendant pour la province au « King Edward's Fund ». Cependant, en dépit des lois de 1929 et 1936, la coordination, notamment sous forme de commission de liaison et de demande d'avis, reste insuffisante entre hôpitaux privés et publics.

A la guerre, malgré ces tentatives, la situation apparaît incohérente du fait de la juxtaposition des régimes et des autorités appelées à décider en matière hospitalière ou dans les domaines connexes de la médecine préventive, de l'hygiène de l'assistance et des assurances sociales. Surtout les hôpitaux privés peuvent de moins en moins pourvoir à leurs dépenses de fonctionnement et davantage encore à celles d'équipement. Leurs ressources proviennent pour un tiers seulement des souscriptions et de leur dotation, pour un autre tiers des remboursements des malades, pour le dernier tiers de subventions publiques. Faute de moyens et de coordination, l'armement hospitalier est numériquement insuffisant, mal réparti et manque parfois de qualité. La création durant la guerre du service médical d'urgence (« Emergency Hospital Scheme »), chargé des soins aux blessés civils, et auquel la Grande-Bretagne est redevable de la construction d'hôpitaux de secours, devait servir de première ébauche d'un service nationalisé.

La réforme prend corps après la victoire, par la loi du 6 novembre 1946 qui institue, pour l'Angleterre et le Pays de Galles, le Service national de santé (« National Health Service » — « N.H.S. »), dont l'application devient effective le 5 juillet 1948. Le Service national de santé représente l'une des trois pièces maîtresses du système britannique de Sécurité sociale du plan Beveridge, à côté des assurances sociales (y compris les allocations familiales et les accidents du travail) et de l'assistance nationale. Des lois spéciales interviennent pour l'Ecosse, l'Irlande du Nord et l'Île de Man.

Il n'est pas lieu ici de donner une description d'ensemble du Service national anglais ou même seulement de l'organisation hospitalière qu'il a mise sur pied. Contentons-nous de rappeler les grandes lignes du système nouveau.

Le « N.H.S. » est placé sous l'autorité du ministre de la Santé, assisté du Conseil central du service de Santé et de divers conseils consultatifs. Il comprend trois branches : la médecine hospitalière, la médecine sociale et l'hygiène, la médecine générale.

La *médecine générale* est celle des praticiens (« general practitioners »), c'est-à-dire des médecins de famille. Elle comprend en outre les dentistes, les opticiens et les pharmaciens. Elle relève de conseils exécutifs locaux. Toute la population est répartie entre les différents praticiens, sur les listes desquels elle s'inscrit librement. Le système s'efforce d'obtenir une meilleure distribution géographique du corps médical. Sauf urgence, les malades ne sont admis à l'hôpital pour y être hospitalisés ou pour y consulter que sur présentation des médecins praticiens.

La *médecine sociale* et l'*hygiène publique* relèvent seules désormais des autorités locales, en l'espèce les conseils de « county » et de « county-borough ». A cette branche du service de santé appartiennent les infirmières-visiteuses, les infirmières-soignantes à domicile, les sages-femmes ; les fournitures de matériel, les transports, la protection maternelle et infantile, les institutions d'hygiène mentale, et éventuellement des centres de santé. Ceux-ci, qui devaient être l'une des bases du Service national, sont encore extrêmement rares. Ces services travaillent en liaison étroite avec les médecins praticiens et les hôpitaux.

La *médecine hospitalière* englobe tous les hôpitaux auxquels il faut rattacher le service des médecins spécialistes et diverses organisations techniques d'ordre médical dont l'activité n'est pas réservée aux seuls hôpitaux.

« Le mot « *Hospital* » doit être compris dans le sens le plus large. Il comprend tout ce qui, dans les hôpitaux, dans les cliniques ou dans les dispensaires, se rapporte aux malades hospitalisés et aux malades externes. Il comprend également les sanatoriums, les hôpitaux pour maladies infectieuses, les maisons maternelles, les hôpitaux psychiatriques et toutes les institutions possibles qui ont pour but l'hospitalisation ou le traitement des maladies chroniques ou aiguës, ou des maladies mentales, la convalescence avec tout ce qu'elle requiert (en distinguant les maisons de repos de toutes sortes). Il englobe enfin toutes les branches de rééducation médicale et chirurgicale ¹ ». La notion d'hôpital s'étend aux parties des « workhouses » susceptibles d'être séparées et qui répondent à la définition de la loi. Elle inclut même les consultations quand elles ne sont pas annexées à des services d'hospitalisation, à condition qu'elles soient assurées par des spécialistes et qu'elles ne relèvent pas d'une autorité locale ou de l'éducation nationale.

Ainsi, la même organisation embrasse l'ensemble des institutions hospitalières, et déborde singulièrement du domaine trop limité des établissements

1. « N. H. S. » — R. H. B. (47) 1. — Regional Hospital Boards : General Scope of their work and relationship to the Ministry and others.

pour malades aigus dans lequel on l'enferme généralement. Elle a également la charge de services techniques, tels que les laboratoires, la physiothérapie, la radiologie, la stomatologie, le massage, la transfusion sanguine organisée autour des centres régionaux, enfin, comme il a été dit, elle englobe aussi le service des médecins spécialistes. Les établissements psychiatriques qui cessent d'appartenir aux autorités locales sont dorénavant séparés des services d'hygiène mentale qui continuent d'en relever. Une certaine coordination est néanmoins maintenue, du fait notamment de la participation des mêmes médecins aux deux organisations. Une commission nationale d'études examine les problèmes de la psychiatrie sous leurs deux aspects.

L'organisation hospitalière est essentiellement régionale. L'Angleterre et le Pays de Galles sont divisés en 14 régions (« Regional Hospital Areas »), d'une population allant de 1 300 000 à 4 400 000 habitants, articulées chacune autour d'un centre hospitalier d'enseignement. La délimitation des régions a été adaptée au fonctionnement et à la coordination des services médicaux et non à leur direction ou contrôle. Dans la mesure du possible, les frontières coïncident avec celles des autorités sanitaires et des autorités administratives locales. De son côté, l'Ecosse est divisée en cinq régions pour une population totale de 5 millions et demi d'habitants.

Ces régions sont divisées en « districts » — il y en a 374, Ecosse non comprise — qui constituent chacun la circonscription d'un groupe hospitalier (« group »), lequel comprend un ou plusieurs hôpitaux dont l'armement total, de l'ordre de 1 000 lits en moyenne, est équivalent, selon les conditions locales, à celui d'un hôpital général équilibré. Le système d'ailleurs n'est pas rigide, les frontières des régions et des districts ne sont pas infranchissables aux malades, qui gardent le choix de l'hôpital. Il existe des groupes spéciaux pour les établissements psychiatriques et parfois pour les sanatoriums.

L'administration de cette immense machine est assurée sous les ordres du ministre de la Santé, à trois échelons différents, par des conseils, dont les membres sont nommés et non élus, qui jouissent en fait dans leur sphère d'action d'une très large liberté. Les conseils des deux échelons supérieurs s'entourent de leur côté de nombreuses commissions, selon une pratique inspirée de celle des autorités locales.

Les « Regional Hospital Boards » — « R.H.B. » — (conseils hospitaliers régionaux) ont autorité sur tous les hôpitaux, les services techniques et le service des médecins spécialistes d'une région, à l'exception — en Angleterre et au Pays de Galles du moins — des hôpitaux d'enseignement et, exceptionnellement, des institutions qui relèvent directement du ministre. Leurs attributions concernent :

1° L'organisation générale et le contrôle des établissements et des services, ce qui comporte l'emploi des ressources, l'étude des besoins, la recherche de moyens nouveaux ou d'une meilleure utilisation des moyens existants ;

2° La fourniture des locaux nécessaires, le cas échéant, grâce à des arrangements passés avec les hôpitaux d'enseignement ou d'autres « Regional Boards » ;

3° L'organisation des services de malades payants ;

4° La nomination des médecins chefs de service et du personnel régional ;

5° Les travaux importants (plus de £ 1 000) ;

6° Les travaux d'entretien et l'acquisition du matériel et du mobilier ;

7° La nomination des membres des « management committees », de leur ressort ;

8° En outre, l'administration directe du centre régional de transfusion sanguine.

Les membres des « Boards », au nombre variant de 22 à 32, sont nommés pour trois ans par le ministre, sur l'avis, les uns de l'université de la région, d'autres, des organismes représentatifs des médecins, d'autres encore, des autorités sanitaires locales, enfin, d'organismes intéressés désignés par le ministre. Le président est nommé par le ministre.

Les « Regional Boards » sont aidés par des comités dont les plus importants sont : le comité exécutif, le comité des finances, le comité d'études comprenant lui-même différents sous-comités pour les diverses branches des services, un comité de psychiatrie, un état-major (« staff »), un comité de liaison avec les autorités sanitaires locales, éventuellement un comité de secteur pour une partie éloignée de la région.

Sous l'autorité des conseils régionaux, chaque groupe hospitalier est géré par un « Hospital Management Committee » (comité d'administration). Leur compétence concerne essentiellement l'exécution du budget et la gestion économique, dans les limites fixées par les propres pouvoirs des « Regional Boards » : 1) dépenses de matériel, 2) frais de transport, 3) gestion des services de lits payants, 4) nomination du personnel, sauf les médecins chefs de service, 5) entretien des locaux, 6) achat d'équipement, 7) organisation d'écoles, 8) recouvrement des remboursements.

Les membres des comités sont nommés par les « Regional Boards », après consultation de divers organismes : autorités sanitaires locales, conseils exécutifs médicaux, les plus anciens médecins du groupe hospitalier, toute institution choisie par les comités.

Divers sous-comités facilitent la tâche des comités : sous-comité financier dont la création est obligatoire, sous-comité exécutif, sous-comité du personnel, comité d'hôpital. Ceux-ci peuvent comprendre des membres extérieurs aux comités eux-mêmes. Ils peuvent recevoir dans une certaine mesure délégation des pouvoirs de la part des comités.

A la tête des hôpitaux, ou éventuellement de sous-groupes hospitaliers, peuvent être placés des « Home committees » (comité d'établissement). Leur création est affaire de circonstance, elle est recommandable si le groupe

est important ou trop dispersé. Les attributions de ces comités sont surtout consultatives : surveillance, visite des services, recherche du bien-être des malades, avis sur la politique hospitalière, gestion de la quote-part du comité, à l'exception de toutes dépenses sur le budget. Seule une partie des membres des « Home committees » appartient aux « Management Committees », pour les autres ces organismes sont l'apprentissage des fonctions hospitalières.

A la différence de l'Ecosse dont les conseils régionaux contrôlent la totalité des hôpitaux, en Angleterre et dans le Pays de Galles les hôpitaux d'enseignement (« teaching hospitals ») ont leur organisation propre qui échappe aux « Regional hospitals boards », bien qu'ils soient intégrés dans l'armement de leur région. Chaque région hospitalière dispose d'un groupe hospitalier d'enseignement, à l'exception des quatre régions londoniennes dotées d'une organisation spéciale.

La mission particulière de ces hôpitaux est d'assurer l'enseignement et le perfectionnement de la médecine en liaison étroite avec les universités, écoles de médecine et instituts intéressés. Mais cette mission ne doit pas contrarier la fonction première des hôpitaux d'enseignement qui est, comme pour tous les hôpitaux, de soigner les malades. A ce titre, « ils devront offrir des possibilités au district qui leur sera immédiatement adjacent, mais ils devront en outre procurer des services hautement spécialisés à un plus grand secteur¹ ».

Ces groupes hospitaliers sont administrés par des conseils appelés « Boards of governors », qui cumulent en gros les attributions des « Regional Boards » et des « Management committees », et relèvent directement du ministre. Ils doivent entretenir des rapports étroits avec les « Regional Boards ». Leurs membres sont nommés à raison d'un cinquième par l'université à laquelle le groupe est associé, d'un cinquième au moins par le Regional hospital Board de la région, d'un cinquième au moins par le personnel médical enseignant du groupe, pour le reste par le ministre après avis des autorités sanitaires locales et de divers organismes désignés par lui. Le président est nommé par le ministre. Les « Boards of governors » peuvent nommer comme les « Regional Boards » tous les comités utiles.

Il existe enfin un certain nombre d'hôpitaux qui n'ont pas été nationalisés (« disclaimed hospitals »), notamment les établissements catholiques, ou certaines institutions que le ministre n'a pas voulu intégrer pour des raisons diverses. Ils représentent dans l'ensemble un armement peu important. La plupart d'ailleurs sont liés par des arrangements avec les conseils régionaux pour le traitement de certains malades. Les grandes organisations de coordination, d'étude et d'aide aux hôpitaux privés, le « King Edward's Hospital Fund for London » et le « Nuffield Provincial Hospital Trust »,

1. N. H. S. — R. H. B. (47) 1, *op. cit.*

ont survécu à l'institution du Service national en conservant leur activité d'étude et de conseil. Le « Fund » a cessé tout naturellement de répartir les fonds destinés au financement du fonctionnement des hôpitaux.

Une telle organisation hospitalière est effectivement bien moins centralisée qu'il ne paraît au premier abord. Sans doute, le ministre la dirige-t-il et le Parlement qui en vote le budget a-t-il le dernier mot. Sans doute, les circulaires d'application affirment-elles son caractère hiérarchisé : « les « Boards » sont les *agents* des ministres ; les nouveaux « Management committees » seront les *agents* des « Boards »¹. Mais chaque échelon garde une part d'initiative considérable, une véritable autonomie, en fait sinon en droit, et bien supérieure à l'autonomie toute théorique des établissements publics français. Les mêmes textes déclarent : « Le ministre veut que les « Boards », ainsi que leurs membres, jouissent dès le début d'une entière indépendance et d'une pleine responsabilité ». Le système fait intervenir les élus locaux et les professionnels, s'efforce avant tout, par la conciliation, de fixer une hiérarchie des mesures à prendre et se révèle à la fois souple et libéral. Chaque « Regional Hospital Board » a la faculté de traiter avec d'autres « Boards » quand il ne dispose pas de tous les moyens nécessaires, et a le devoir de rester en contact étroit avec les « Boards » voisins.

Le nouveau système a eu, dès le début, à affronter une insuffisance générale de la capacité d'hospitalisation, aggravée comme l'on sait d'une inégalité de répartition des moyens.

Au 31 décembre 1948, pour une population totale de 42 941 000 habitants, l'armement hospitalier de l'Angleterre et du Pays de Galles s'élève à 495 700 lits, y compris les hôpitaux psychiatriques, les établissements pour déficience mentale, les sanatoriums et les hôpitaux d'enseignement. Cet armement se répartit entre les différentes régions de la façon suivante :

TABLEAU

1. N. H. S. — R. H. B. (47) 1, *op. cit.*

**ARMEMENT HOSPITALIER DES RÉGIONS D'ANGLETERRE
ET DU PAYS DE GALLES — 31 décembre 1948 (1)**

Désignation des régions	Population	Nombre de lits				Indice °/oo lit-popu- lation des hôpitaux généraux et spéciaux (4)	
		« Regional hospital Boards »		« Tea- ching hospitals »	Total des hôpitaux généraux et spéciaux (3)		
		Total (2)	Hôpi- taux psychia- triques et défi- cience mentale				Hôpi- taux généraux et spéciaux
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Newcastle	2.862.000	27.587	9.505	18.082	967	19.049	6,65
2. Leeds	3.030.000	33.638	14.093	19.545	1.081	20.626	6,80
3. Sheffield	4.058.000	35.445	13.524	21.921	1.371	23.292	5,73
4. East Anglian (Cambridge)	1.391.000	14.681	5.522	9.159	822	9.981	7,17
5-6-7-8. Londres	14.285.000	174.326	75.514	98.812	14.647	113.460	7,94
9. Oxford	1.357.000	13.241	5.635	7.606	1.250	8.856	6,52
10. South-West (Bristol)	2.650.000	33.810	16.052	17.758	924	18.682	7,04
11. Welsh (Cardiff)	2.552.000	24.777	9.793	14.984	873	15.857	6,21
12. Birmingham	4.335.000	42.691	17.079	25.612	1.530	27.142	6,26
13. Manchester	4.360.000	45.981	17.248	28.733	1.330	30.063	6,89
14. Liverpool	2.061.000	22.896	7.645	15.251	1.838	17.086	8,29
Total	42.941.000	469.073	191.610	277.463	26.633	304.096	7,08
Total de toutes catégories			<u>495.706</u>				

(1) Chiffres fournis par le ministère de la Santé.
(2) Total des colonnes 4 et 5.
(3) Total des colonnes 5 et 6.
(4) Indice calculé sur les chiffres de la colonne 7.

Pour une moyenne de 7,08 lits pour 1 000 habitants, la densité de l'armement hospitalier, institutions psychiatriques exclues, mais sanatoriums compris, varie de 5,73 à 8,29 °/oo selon les régions. Dans cet ensemble, il est intéressant de séparer les hôpitaux proprement dits des sanatoriums, et de distinguer les lits de contagieux, de convalescence, ou de maternité, des lits de médecine, chirurgie et spécialité. C'est ce qui ressort du tableau sui-

vant, emprunté à l'étude du docteur Guillou¹, dont les bases numériques sont très voisines :

<p style="text-align: center;">ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES</p> <p style="text-align: center;">ARMEMENT HOSPITALIER RELEVANT DES « REGIONAL BOARDS » (non compris les hôpitaux psychiatriques et les établissements de déficients mentaux)</p> <p style="text-align: center;">RÉPARTITION PAR GRANDE CATÉGORIE DE SERVICES (31 décembre 1948)</p>	
Catégories de services	Nombre de lits
Hôpitaux généraux (médecine, chirurgie, spécialités)	180.000
Contagieux	13.900
Maternité	18.800
Convalescence	4.300
Divers	30.000
Hôpitaux proprement dits Total	247.000
Sanatoriums	33.400
Total (armement psychiatrique exclu)	280.400

Dans ces chiffres sont compris environ 6 000 lits payants qui donnent lieu à attribution d'honoraires pour le corps médical hospitalier. Compte tenu des lits des hôpitaux d'enseignement, l'indice moyen lit-population des hôpitaux proprement dits est de l'ordre de 6,33 lits par 1 000 habitants.

Un tel ensemble n'a pas une valeur égale. Il comporte, comme nous savons, un nombre important de très petits établissements, les « cottages hospitals », d'un niveau assez faible et dont quelques-uns ont dû être fermés. Mais surtout, faute de personnel, un nombre important de lits ne peut être utilisé, et les listes d'attente héritées des « voluntary hospitals » restent parfois considérables. Toutefois, la situation s'améliore graduellement, à la fois par la création de nouveaux lits et par l'affectation du personnel nécessaire, parallèlement à une fréquentation hospitalière accrue, le taux moyen d'occupation restant très élevé² :

1. Cf. Docteur Guillou, *La Semaine médicale*, n° 74, 6 octobre 1950, p. 901.

2. Malgré tout, le problème des listes d'attente continue de préoccuper les administrations hospitalières, en raison de l'augmentation de la fréquentation. Celle-ci est de l'ordre de 500 000 admissions pour l'année 1953 par rapport à 1949.