Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales

Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales

Band: 23 (1965)

Heft: 1

Artikel: Problèmes de gestion hospitalière du point de vue administratif

Autor: Bridgman, R.-F.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-135902

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 15.07.2025

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

Problèmes de gestion hospitalière du point de vue administratif

Dr R.-F. Bridgman
chef de l'organisation des soins médicaux,
Organisation mondiale de la santé, Genève

Dans toutes les branches de l'activité sociale, ceux d'entre nous qui prennent conscience des problèmes contemporains se rendent compte que les aspects les plus traditionnels de notre société sont remis en question. L'administration des hôpitaux est l'un de ceux-ci. La notion même d'hôpital, autrefois si claire, est à analyser de nouveau: que dire alors de sa gestion ?

Cette remise en question n'est pas théorique; elle est rendue pratiquement nécessaire par des facteurs si importants qu'ils imposent une telle démarche.

Dans le domaine hospitalier, on peut discerner les principales causes de changement des structures de base. En premier lieu, l'évolution de la médecine contemporaine a complètement bouleversé les rapports entre les médecins et leur clientèle, entre les médecins et les autorités régionales et centrales, et entre ces dernières et les organismes financiers. Les découvertes théoriques et les progrès pratiques de la médecine entraînent l'acquisition et l'entretien d'un équipement particulièrement spécialisé et coûteux. Cet équipement doit être manipulé par un personnel formé spécialement. Comme la fréquence des maladies auxquelles il est destiné est très variable, ce matériel doit souvent être concentré dans un nombre restreint d'hôpitaux, ce qui pose immédiatement le principe d'une hiérarchie d'établissements, les uns étant plus spécialisés que les autres.

En second lieu, les possibilités offertes par les moyens de transport sont telles que le déplacement des malades est rendu plus facile physiquement et soulève moins d'objections psychologiques qu'autrefois.

En troisième lieu, le coût des soins médicaux augmente plus vite que le revenu national, au point que la proportion entre ces deux grandeurs est passée en dix ans de 4 % à 6 %. Mais, il n'y a pas que le coût des soins médicaux proprement dits à considérer, car la maladie représente des journées de travail perdues, des salaires à verser au chef de famille malade, des pensions d'invalidité, etc. En bref, le budget total de la Sécurité sociale dans les six pays du Marché commun représente, par exemple, 15 % à 18 % du revenu national. C'est à 16 % de la productivité totale que j'ai estimé la perte économique que la maladie et ses conséquences entraînent pour la société, et cela est vrai pour tous les pays. Mais, pour le tiers monde, il faut y ajouter le poids écrasant des maladies contagieuses, endémiques et parasitaires. Le coût des soins médicaux est tel que le recours à des organismes financiers intermédiaires entre le

malade et l'hôpital est indispensable: c'est le tiers payant, représenté par les assurances-maladies et en fin de compte par la Sécurité sociale.

Peu à peu, la notion d'hôpital évolue. Autrefois, c'était à la fois un bâtiment ou un ensemble de bâtiments et une institution dont la gestion incombait essentiellement aux autorités locales. Aujourd'hui, il est évident que cette définition ne correspond plus à la réalité et que, dans de nombreux pays, les autorités locales isolées ne peuvent plus gérer, maintenir et équiper leur hôpital, et, le pourraient-elles, une coordination nécessaire finirait par s'imposer, malgré les hésitations des autorités centrales de tutelle et l'obstacle des traditions.
Outre l'évolution de la notion administrative d'hôpital, le rôle de celui-ci, parmi les autres institutions sociales, est vu sous un jour nouveau, surtout dans les pays en développement qui édifient leurs infrastructures médicales et sociales. Le rôle passif de l'hôpital d'autrefois, qui se bornait à soigner les malades, est considéré aujourd'hui comme trop restreint. On sait que bien des maladies sont évitables et qu'au surplus, il est possible de parer, par un diagnostic et un traitement précis, aux lésions et séquelles organiques qui faisaient du malade parvenu à la période d'état, un invalide pour une longue durée. Hygiène générale, prévention individuelle, dépistage et traitement précoces se sont imposés et l'administration hospitalière ne peut les ignorer. Tout au contraire, on tend à faire participer l'hôpital à cette médecine nouvelle et on s'efforce d'élargir son rôle, avec l'espoir de diminuer le nombre de ses clients. Enfin, on essaye, par les techniques de rééducation, appliquées aussitôt que la phase aiguë de la maladie est passée, de raccourcir la durée totale de l'invalidité et d'assurer au malade un prompt retour à son activité créatrice.

Les administrateurs d'hôpitaux sont donc, aujourd'hui, en plein paradoxe. On leur demande de fournir des soins de bonne qualité, au meilleur prix, et en cela, ils croient participer à une affaire commerciale soumise à une économie de marché. D'autre part, on les incite à prendre des mesures qui tendent à diminuer le nombre de leurs clients et on s'oppose à ce que ces derniers prolongent l'hospitalisation. Ainsi des mesures essentiellement sociales et dirigistes s'opposent à la notion de profit.

Tentons d'analyser plus en détail les tâches des administrateurs hospitaliers. Elles sont multiples. Restons d'abord dans le cadre de l'hôpital tel qu'il existe dans de nombreux pays, institution bien définie, pourvue de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le directeur de cet établissement est appelé à le gérer tous les jours, c'est-à-dire à prendre des décisions et à donner des ordres, mais il doit aussi en référer à l'autorité qui est propriétaire de l'hôpital. Il doit, de plus, prévoir et préparer une action à longue échéance, en sollicitant l'approbation de son autorité supérieure. Il est donc un point central où l'autorité et l'initiative se concentrent, mais si sa liberté d'action est limitée, son champ d'action est cependant vaste. Il doit, tout d'abord, s'assurer que le personnel est en mesure de remplir les tâches qui lui incombent. Il faut alors que le directeur cherche et recrute des personnes compétentes et qui aient aussi des qualités morales. Il lui appartient de placer ces personnes aux postes pour lesquels elles sont douées; il doit les former, les encadrer, et adoucir les innombrables conflits qui naissent entre les humains. La tâche du directeur est particulièrement délicate parce qu'une partie du personnel, la plus importante et la plus compétente, les médecins, se situe en marge de son autorité. Il y a certes des raisons impérieuses à cette indépendance des médecins vis-à-vis de la direction; le secret médical, la haute technicité des décisions, l'intérêt des malades expliquent que le corps médical ne puisse accepter de se soumettre à une direction administrative, au moins pour l'essentiel de son activité.

On a discuté de l'opportunité de placer un médecin à la tête de l'hôpital. Ce remède peut être pire que le mal si certaines précautions ne sont pas prises contre les abus de pouvoir.

De toute façon, le médecin directeur doit être suppléé par un administrateur compétent à qui il est indispensable de garantir une carrière attirante.

Le directeur d'hôpital doit s'occuper activement des questions matérielles et s'appuyer sur des techniciens éprouvés en matière de chauffage, d'entretien mécanique, d'éclairage, de stérilisation, de cuisine, etc. Une exigence nouvelle mérite mention: c'est l'hygiène intrahospitalière qui justifie, dans les grands hôpitaux, le recrutement d'un ingénieur en génie sanitaire, qui peut seul surveiller efficacement tous les points dangereux de l'hôpital sur le plan de l'infection par les microbes et les virus. On sait maintenant que le long usage des antibiotiques a provoqué un bouleversement dans l'équilibre biologique et que les espèces résistantes, mais hélas pathogènes, pullulent et causent des désastres chez les malades.

Dans ce domaine de l'équipement matériel, le directeur se heurte également à des limites du côté de la pharmacie et du laboratoire, qui sont des domaines techniques sortant de sa compétence tout en restant soumis à son autorité.

Finalement, tout comme le mathématicien qui s'efforce de mettre un phénomène en équation, le directeur doit symboliser la vie journalière de son hôpital sous forme d'un budget. Il doit obtenir de son service de comptabilité et de statistique des renseignements qui lui permettent d'établir son prix de revient. Il importe aussi de connaître le nombre de malades admis dans l'année, le nombre des journées d'hospitalisation, le nombre de lits, les dépenses par catégories de service et par département, les charges et, enfin, les recettes de toutes natures. La difficulté essentielle provient du fait qu'il doit préparer un budget prévisionnel, c'est-à-dire prévoir le nombre probable de journées d'hospitalisation de l'année suivante, et estimer les dépenses futures, afin de pouvoir facturer aux organismes payeurs et aux malades le prix de journée qui sera la source principale de revenu de l'hôpital. Qu'il propose un chiffre trop élevé, et les organismes payeurs vont protester et exiger un contrôle; qu'il arrête un chiffre trop bas, et c'est le déficit et les caisses vides en fin d'exercice! Condamné à la précision, le directeur ne dispose que de renseignements imprécis.

Dans ce domaine, de grands progrès sont possibles grâce aux techniques de la mécanographie et aux computeurs électroniques. Déjà des ensembles hospitaliers de villes entières s'équipent d'un service central de comptabilité et de recherche opérationnelle qui compare les différentes catégories de dépenses par service, et établit des états de situation permanents, ce qui permet la prévision constante de l'avenir en fonction de données qui se modifient sans cesse. C'est en réfléchissant à ces problèmes financiers que le directeur va se heurter au dilemme signalé au début. L'hôpital est-il une institution sociale qui ne se préoccupe que de l'intérêt des malades, ou est-il un organisme commercial appartenant à l'économie de marché ?

Tout est simple pour la clinique privée essentiellement commerciale, qui ne s'encombre pas de considérations humanitaires. Les dépenses sont réduites au minimum et, d'autre part, on sélectionne les malades, en tenant compte de leur capacité de paiement, de leur durée moyenne de séjour, des honoraires qu'ils peuvent payer. Dans un pays voisin, un conseiller en organisation commerciale avait découvert, en quelques heures de travail, à la demande d'un chirurgien comme il s'en trouve dans les grandes métropoles, que l'opération la plus rentable était l'hystérectomie totale. Il avait donc conseillé de n'admettre que des femmes dont l'état justifiait cette opération.

Tout est simple aussi pour le directeur d'hôpital d'un régime socialiste qui obtient un budget annuel correspondant à ses prévisions, à la seule condition qu'elles soient fondées et s'intègrent dans le plan d'équipement.

Mais dans les pays occidentaux, il est évident qu'on ne peut parler de marché des soins que pour une partie limitée de la Santé publique. Certes, pour la chirurgie esthétique et les

cures thermales, la loi de l'offre et de la demande joue au moins partiellement. Elle n'est déjà plus valable pour les besoins de base en soins médicaux, maladies du cœur, affections chirurgicales graves et urgentes; elle ne l'est plus du tout pour toute la médecine sociale et préventive, qui relève de l'économie planifiée, financée par le gouvernement local ou central, au moyen de l'impôt payé par la population tout entière en fonction de sa productivité. L'hôpital se trouve ainsi à cheval sur le capitalisme et le socialisme, mais être à cheval ne signifie pas garder son équilibre, et de fait, les finances hospitalières souffrent de cette incertitude. D'où leur résistance à se charger d'activités médico-sociales qui aboutiraient à les priver de leur clientèle payante. C'est l'ensemble de cette activité dont le directeur rend compte à la commission qui gère l'établissement. Tentons de définir cette institution. Traditionnellement, c'est une réunion de personnes intéressées à la marche de l'hôpital, tout en n'ayant aucun intérêt pécuniaire personnel dans son fonctionnement. Elle peut être communale, de district ou spéciale à l'hôpital. Autrefois, cette commission administrative n'avait qu'à se conformer à la loi hospitalière, fort simple, et à rendre compte de sa décision aux autorités de tutelle, cantonales, provinciales, départementales, nationales, quel que soit leur nom.

Aujourd'hui, les attributions, les prérogatives et l'indépendance des commissions administratives locales sont sérieusement menacées; les raisons en sont multiples. En premier lieu, la plupart des hôpitaux petits et moyens ne peuvent pas comporter toute la gamme des spécialités qu'il faudrait pour soigner certaines maladies rares de la communauté. De cette communauté partent vers le grand centre hospitalier un nombre variable de malades pour lesquels la collectivité doit payer directement ou indirectement. En second lieu, les bâtiments et le matériel vieillissent très vite, et même si une administration particulièrement prudente a mis de côté les sommes correspondant à leur amortissement, le remplacement coûte, en valeur réelle, plus que la somme thésaurisée, à cause des perfectionnements constants. Les commissions administratives sont donc obligées de s'adresser aux instances supérieures pour financer plus ou moins complètement la modernisation et, à fortiori, l'extension ou la reconstruction de l'établissement.

Finalement, l'intérêt du plus grand nombre prévaut toujours et les organismes centraux qui représentent ce plus grand nombre trouvent les moyens d'imposer leur opinion aux collectivités plus petites.

Or, il est indéniable que dans la plupart des pays, les autorités sanitaires et économiques, à l'échelon le plus élevé, disons nationales, exercent une pression sur les hôpitaux, dans le but de les coordonner, d'améliorer et d'harmoniser la qualité des soins, et finalement, but ultime, d'élever le niveau de la santé publique, condition primordiale de l'expansion économique.

L'instrument législatif utilisé implique d'abord une définition du rôle de l'hôpital. Aujourd'hui, dans cette définition, bien des pays considèrent l'hôpital comme devant s'intégrer par étape dans le réseau des services de santé. Premièrement, on intègre physiquement les services de médecine préventive et sociale aux consultations externes. Dépistages précoces, immunisations, sont couramment pratiqués dans les locaux hospitaliers, par exemple en pneumologie, en cardiologie, en gynécologie, en obstétrique, en pédiatrie. Du même coup, on développe le service social qui est appelé à jouer un rôle croissant de liaison entre les malades hospitalisés, les consultants externes, les organismes de santé publique et les autorités locales.

Le service de santé mentale dispose déjà, dans plusieurs pays, d'une gamme de possibilités allant du dispensaire de quartier à l'hôpital psychiatrique traditionnel, en passant par

les ateliers protégés, les hôpitaux de jour, les hôtels de nuit et le service de psychiatrie de l'hôpital général.

Le second trait des législations hospitalières contemporaines est de prévoir un inventaire et un classement des établissements, compte tenu de leurs fonctions, le tout en vue d'établir un plan d'équipement à long terme. Ce plan comporte évidemment un engagement financier de la part de l'Etat qui est inscrit au budget. Mais à partir du moment où l'Etat finance, même partiellement, il entend contrôler et il inclut dans la législation des dispositions propres à assurer un équipement hospitalier harmonieux et de haute qualité technique, d'où toute idée de concurrence est exclue. Cette législation, en toute logique, empiète sur le terrain privé, soit directement, soit par l'intermédiaire des organismes financiers qui appliquent une procédure conventionnelle. L'appareil législatif comprend, bien entendu, des dispositions visant à réglementer l'architecture, l'« engineering », la sécurité et le personnel. Ces dispositions prennent la forme de standards ou de conditions d'agrément ou encore de normes qu'il importe de respecter. Naturellement, la participation financière dépend de l'observance de ces normes.

Revenons au classement des établissements, car il a des conséquences considérables. On s'accorde pour définir trois catégories essentielles d'hôpitaux: le centre régional qui dessert de 1 à 3 millions d'habitants pour les superspécialités, et sa propre collectivité pour les soins courants. C'est le plus souvent un hôpital d'enseignement. L'hôpital de district ou intermédiaire qui est l'hôpital général classique, desservant 60.000 à 150.000 habitants, et enfin l'hôpital local assurant les soins courants pour des communautés de 20.000 à 30.000 personnes.

Dans un tel réseau, les risques de doubles emplois sont minimes et on assure l'utilisation la plus rationnelle du personnel qualifié et de l'équipement technique. La distribution des malades entre ces éléments suit une loi compliquée dont l'analyse demande des méthodes d'enquête particulières. Mais ce système, qu'on appelle « régionalisé », a, tôt ou tard, pour résultat de remplacer la gestion de caractère local des grands établissements par une gestion relevant d'un organisme situé à un échelon correspondant aux fonctions assumées. C'est ainsi que le centre régional ou provincial devrait être géré par une autorité régionale, puisqu'il dessert une région toute entière. L'autonomie locale n'est concevable que pour les petits établissements. En quelques mots, la place dans le classement détermine la vocation de l'établissement.

La troisième caractéristique de bien des législations modernes est d'assurer le passage de l'hôpital d'une économie de marché à une économie dirigée. Dans ce but, le prix de journée, considéré comme un élément de base, est remplacé par le budget annuel. Ce changement implique un bouleversement des habitudes et vise à une amélioration de l'efficacité des hôpitaux. En effet, le prix de journée, facturé aux malades ou à leur tiers payant, est, comme le prix d'un hôtel, calculé en divisant le budget annuel par le nombre de nuitées. Les autorités de contrôle financier exigent que ce prix soit le plus bas possible, ce qui encourage les administrations hospitalières, d'une part à comprimer les dépenses en rognant sur le personnel, sur les salaires et sur les investissements qui seraient indispensables pour accroître l'efficacité de l'hôpital et, d'autre part, à augmenter le nombre des nuitées, c'est-à-dire à chercher des clients et à les garder longtemps. Ces deux traits sont à l'opposé de la conception de l'hôpital moderne considéré comme un moyen de diminuer le nombre des malades et le taux des invalidités temporaires et définitives.

Par contre, le budget annuel fondé sur une prévision sérieuse de dépenses incite l'hôpital à soigner le mieux et le plus rapidement possible les malades. Il doit cependant être assorti d'un contrôle efficace et intelligent s'aidant des moyens modernes d'évaluation pour

ne pas retomber dans les abus et les erreurs des siècles passés, quand les hôpitaux disposant d'un budget insuffisant, sélectionnaient les malades et conservaient les chroniques et les mendiants parce qu'ils coûtaient le moins. Enfin l'appareil législatif doit s'intéresser au personnel, moteur essentiel de toute organisation humaine. Les autorités centrales s'occupent donc de la formation et de la qualification du personnel en imposant des concours, des diplômes de valeur homogène et finalement des modes de recrutement et de nomination centralisés qui assurent à la fois une haute qualité et la permanence de l'emploi.

Telles sont les tendances actuelles des pays qui désirent que leurs ressources soient utilisées au mieux pour la santé de leur population et pour l'amélioration du niveau de vie et des conditions économiques.

L'administration hospitalière est donc en pleine mutation. Elle est devenue une science complexe; elle s'exerce à des niveaux différents, utilise des moyens d'évaluation et de prévision qui ressortissent à l'analyse opérationnelle et vise à faire de l'hôpital un des éléments d'une politique de santé publique et d'économie générale.