

Pierre-Yves Donzé

L'hôpital au cœur du système de santé

César Roux et la transformation de la pratique des soins (1880–1930) [1]

Célébré dans le monde médical pour ses nombreuses innovations dans le domaine de la chirurgie, César Roux (1857–1934) joue aussi un rôle, moins connu mais tout aussi déterminant pour l'évolution de la médecine contemporaine, dans la mise en place d'une nouvelle manière de pratiquer la chirurgie, qui inscrit l'hôpital au cœur du système de santé. C'est l'apport de nouvelles technologies et de nouveaux savoirs pratiques en provenance des Universités du monde germanique qui permet cette nouvelle médecine. L'exemple de la mise en place d'une nouvelle organisation sanitaire dans le canton de Vaud illustre parfaitement une révolution médicale qui s'opère à l'échelle du continent et qui s'apparente aux transformations observées dans d'autres secteurs de l'économie.

Les chirurgiens avant Roux: des artisans de la chirurgie

Les chirurgiens de la génération de Roux ne sont pas les premiers à mettre au point de nouvelles techniques et de nouveaux appareils chirurgicaux. L'exemple du Dr Mathias Mayor, premier chef du Service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne (1806–1847) et concepteur de nombreux appareils chirurgicaux, est là pour nous le rappeler. Mais les innovations mises au point par les chirurgiens de la première partie du XIX^e siècle, à Lausanne comme ailleurs dans le monde occidental, visent d'abord le traitement d'une affection particulière, isolée dans l'ensemble de la pratique quotidienne du chirurgien, dont le but est la guérison du malade pris en charge. Mathias Mayor est emblématique de cette chirurgie conçue comme un travail artisanal. Ni les procédures, ni les méthodes de travail ne sont clairement définies et prises en compte comme un corps de doctrines globalisant. Pour Mayor, c'est l'imagination qui fait le bon chirurgien. Il est lui-même un praticien fort inventif (constricteur à chapelet pour l'ablation de tumeurs, traitement des fractures par la planchette, écharpe dite «de Mayor», etc.) mais ses inventions ne visent pas une meilleure organisation du travail chirurgical. Mayor est un artisan de la chirurgie, dans le sens qu'il entreprend chaque malade comme un cas particulier, qu'il s'agit certes de soigner de la meilleure manière possible – et c'est là qu'intervient son génie inventif – mais qui ne constitue pas un cas parmi une série de malades qu'on prend en charge. Mayor pratique d'ailleurs beaucoup à domicile et non en milieu hospitalier, ce qui renforce l'organisation décentralisée et artisanale de son travail. L'accès à l'infrastructure hospitalière comme instrument de travail n'est pas encore un objet de revendication de la part du corps médical. L'Hôpital cantonal occupe, jusque dans la seconde partie du XIX^e siècle, une place très secondaire dans le système de soins. Il ne

possède pas d'équipement médicotechnique spécifique et présente un caractère essentiellement social. Il accueille surtout des indigents qui n'ont pas les moyens de se faire soigner à domicile. Les journées d'indigents représentent ainsi 90,1% du total dans les années 1850–1880. L'Hôpital est conçu comme une institution caritative dépendant de l'Etat: les subsides publics couvrent 89,6% des dépenses entre 1855 et 1880.

L'Hôpital n'est ainsi pas un lieu privilégié du travail médical et les médecins engagés par l'institution ne lui doivent pas la totalité de leur temps. Selon un règlement adopté en 1824, ils doivent faire une visite journalière dans leur service et gardent le reste du temps à disposition pour leur pratique privée, qui leur rapporte l'essentiel de leurs revenus. L'Hôpital n'est d'ailleurs pas équipé de matériel chirurgical spécifique, puisque la charge de chirurgien repose sur un praticien privé qui assure ce service: Mayor utilise ses propres instruments chirurgicaux.

Roux et l'industrialisation de la médecine

Les choses évoluent à la fin du XIX^e siècle, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de chirurgiens, généralement formés à l'école allemande. César Roux est un véritable produit de la nouvelle chirurgie germanique. Après la fin de ses études médicales à l'Université de Berne, il devient en effet assistant chez Theodor Kocher (1881–1883) et effectue un voyage de plusieurs mois en 1881, qui le conduit dans les cliniques de quelques sommités chirurgicales du moment, toujours dans l'espace germanique. Il effectue notamment des visites auprès de Billroth à Vienne et de Volkmann à Halle. Les innovations mises au point par Roux et ses contemporains ont ceci de novateur qu'elles portent autant sur le traitement de l'affection elle-même que sur l'organisation du travail chirurgical. Roux acquiert de nouvelles techniques chez Theodor Kocher et fait preuve lui-même d'une forte inventivité, caractéristique du système technique médical artisanal, que loueront ses élèves après sa mort, le Dr Gustave Piotet évoquant en 1949 les «mains intelligentes» de Roux. Son savoir-faire ne s'arrête pourtant pas là. Il recourt en effet peu à peu à de nouveaux équipements médicotechniques (tables d'opérations, stérilisateur, installations de rayons X, etc.), concentrés à l'Hôpital, qui lui permettent de passer à un type d'organisation du travail en série proche de celui qui se met en place dans les entreprises industrielles, notamment grâce à l'ouverture en 1914 d'une nouvelle Clinique universitaire de chirurgie. On assiste ainsi à une véritable standardisation des gestes chirurgicaux, favorisés par le recours grandissant à un équipement normalisé.

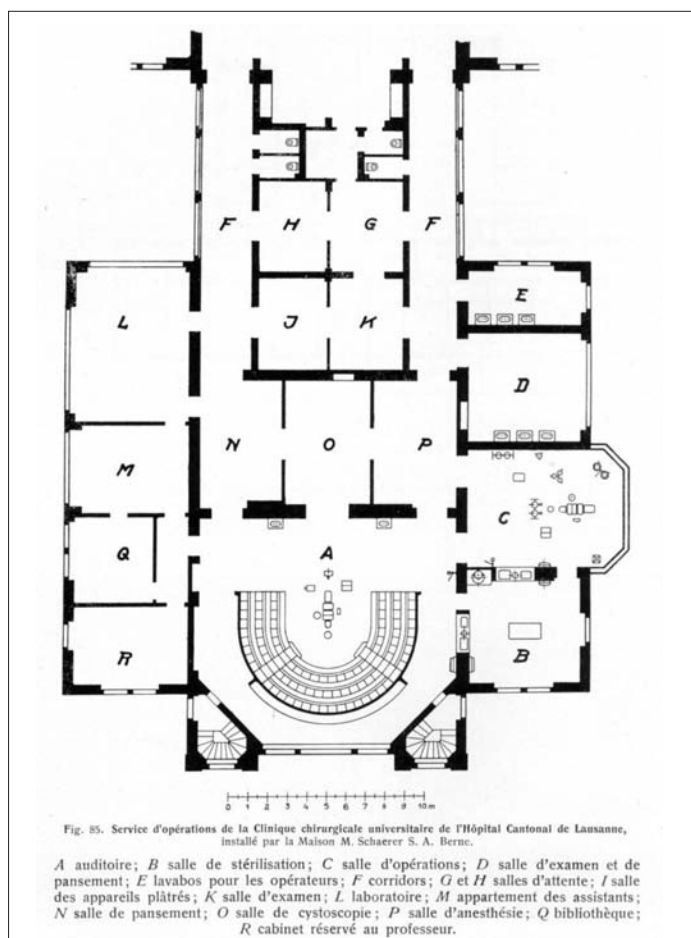


Figure 1
Salle d'opération de la Clinique universitaire de chirurgie de Lausanne, 1914 (tiré de [1]).

L'organisation de la clinique de chirurgie construite en 1913–1914 est tout à fait révélatrice de cette nouvelle manière de pratiquer la médecine (fig. 1). L'espace y est organisé autour de la salle d'opérations – auditoire (A), saint des saints dans lequel exerce Roux. Afin de garantir les conditions aseptiques et de ne pas désorganiser les lieux de travail, les étudiants et les visiteurs accèdent à l'auditoire par les escaliers prévus à cet effet. Quant au malade, arrivant par un couloir latéral (F), il suit une progression continue vers la salle d'opérations, en passant tout d'abord dans une salle d'attente (H, G), puis une salle d'examen (K) et enfin une salle d'anesthésie (P). Après l'intervention, le malade est évacué en salle de pansement (N), en salle de réveil (J, H), puis vers sa chambre à travers le couloir latéral (F). Cette véritable « machine à guérir » compte encore deux ailes qui comprennent les services diagnostiques et annexes, tels que laboratoire (L), salles de travail du professeur et des assistants (M, Q, R), stérilisation (B), etc.

La nouvelle chirurgie apportée par Roux en Suisse romande a des conséquences directes sur le fonctionnement de l'Hôpital. Celui-ci devient en effet le lieu par excellence de la pratique des soins mé-

dicaux et attire à lui un nombre croissant de malades. A l'Hôpital cantonal de Lausanne, on passe de 2303 malades en 1880 à 8558 en 1930. Or, la croissance de l'institution, de même que la perpétuelle modernisation de son équipement medicotechnique, posent de nouveaux défis gestionnaires. Les dépenses d'exploitation de l'Hôpital sont en forte hausse: elles passent de 172 000 francs en 1880 à 1,8 millions de francs en 1920. Comment assure-t-on le financement d'un tel établissement? En l'ouvrant aux malades rentables. On assiste en effet, depuis les années 1880, à l'arrivée grandissante d'une nouvelle clientèle non indigente, qui vient se faire prendre en charge à l'Hôpital pour en obtenir les soins les plus modernes. Les premières chambres privées datent de 1882. La part des journées gratuites, pour indigents, est en forte baisse (92% en 1880 et 35% en 1922) et l'Hôpital dépend de moins en moins de l'Etat pour couvrir ses dépenses. Les subventions publiques représentent 73% du budget en 1900 et 50% en 1930. La révolution technique apportée par les chirurgiens comme Roux formés à l'école allemande s'accompagne d'une révolution gestionnaire qui inscrit l'hôpital au cœur du marché des soins. La médecine est devenue un business.

Après Roux: quelle organisation sanitaire?

La transformation observée à l'Hôpital cantonal de Lausanne se produit aussi dans les autres établissements hospitaliers du canton (hôpitaux régionaux, cliniques privées) et débouche sur une profonde mutation des relations entre ces hôpitaux. La course au malade rentable amène les différentes institutions de soins dans une situation de forte concurrence qui a une incidence financière considérable. Celles-ci voient en effet leurs moyens financiers diminuer, au point de manquer de ressources pour moderniser leur équipement technique dans les années 1920 et 1930.

C'est cette nécessité d'assurer la permanente modernisation de l'équipement hospitalier qui amène l'Etat à intervenir et à adopter une politique hospitalière après 1945. Toutefois, cette intervention se fait dans un contexte politique (consensus) et économique (croissance) particulier qui voit en fin de compte l'Etat jouer un rôle très effacé: il se limite au financement des établissements, sans qu'aucune véritable intervention ne s'observe en matière organisationnelle. Les subventions publiques, ainsi que la mise sur pied de conventions tarifaires avec les assurances et les médecins, débouchent sur une croissance généralisée du système hospitalier qui caractérise la politique sanitaire suisse jusque dans les années 1990.

Référence

- 1 Pierre-Yves Donzé, *L'ombre de César. Les chirurgiens et la construction du système hospitalier vaudois (1840–1960)*, thèse de doctorat, Lausanne, BHMS, 2007, 369 p.

Dr Pierre-Yves Donzé
Visiting fellow
Université de Kyoto
py.donze@gmail.com