

PLANIFICATION ET CONCEPTION DES INSTALLATIONS DE SOINS DE SANTÉ DANS LES RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT: APPROCHES POSSIBLES

Volume I

Présenté par

B. M. KLECZKOWSKI & R. PIBOULEAU

*Division du Renforcement des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé, Genève*



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1977

OMS, Publication Offset N° 29

Table des matières

	<u>Pages</u>
Tableau synoptique provisoire des sujets qui seront traités dans la série	2
Introduction au volume 1	4
L'importance de la législation et de l'administration pour les institutions de soins médicaux, en particulier dans les pays en développement - R. F. Bridgman ..	9
Rôle de la planification par aire géographique et de la programmation fonctionnelle dans le processus de planification des soins médicaux - M. W. Miskiewicz	43
Rationalisation des bâtiments à usage médical dans les pays en voie de développement - H. Delrue	55
Techniques avancées - leur utilisation dans les pays en développement - W. F. Vetter	121
Influence du climat sur les bâtiments - J. Shastri	127

TABLEAU SYNOPTIQUE PROVISOIRE DES SUJETS QUI SERONT TRAITES
DANS LA SERIE RELATIVE AUX APPROCHES A LA PLANIFICATION
ET A LA CONCEPTION DES INSTALLATIONS DE SOINS DE SANTE
DANS LES REGIONS EN DEVELOPPEMENT

(Les chiffres entre parenthèses indiquent le volume dans lequel le sujet est traité)^a

Conditions préalables à la planification

Législation (1)

Normes

Mécanisme de planification

Champ d'application de la planification

Régionalisation

Nature et fonction des éléments d'action

Coopération entre éléments d'action

Le système d'aiguillage

Aspects économiques de la répartition des ressources

Les outils de la planification

L'équipe de planification

Les besoins d'information

La programmation fonctionnelle (1)

La normalisation (1)

Les plans types

Planification de chaque élément d'action

Etapes de la planification et dispositions à prendre en vue de l'expansion ou de la conversion

Aspects économiques de la planification et du fonctionnement

Rapports entre les intéressés (client/architecte/ingénieur/entrepreneur)

Éléments de première ligne (centres de santé, antennes sanitaires, unités mobiles)

Hôpitaux généraux (ruraux, de district et de province)

Hôpitaux d'enseignement

Hôpitaux et services spécialisés

Planification des divers éléments

Locaux pour hospitalisation

Unités de soins intensifs

Consultations externes

Urgences

Salles d'opération

Laboratoire

Radiologie

Centre de stérilisation

Diététique

Buanderie

Archives médicales

Communications

Courant électrique

Équipement sanitaire

Canalisations

Soils et revêtements de sol

^a Un même sujet peut être traité sous différents aspects dans plus d'un volume.

Construction

Méthodes (1)

Matériaux

Considérations d'environnement (1)

Coûts

Fonctionnement

Affermage

Équipement médico-chirurgical

Mobilier

Considérations comportementales et sociales

Sécurité

Hygiène

Entretien

Emploi optimal des ressources

Évaluation

INTRODUCTION AU VOLUME 1

S'il est exact que le renforcement des installations donnant des soins de santé est avant tout la responsabilité des pays, l'OMS a le devoir d'aider les Etats Membres à résoudre leurs problèmes et à surmonter d'autres obstacles qui entravent le développement des services nationaux de santé. A cet effet, il est nécessaire de concevoir et d'appliquer des réformes qui améliorent les prestations de l'ensemble du service de soins de santé d'une manière équilibrée et intégrée. D'autre part, l'ensemble du système sanitaire ne peut être modifié en profondeur sans que ceux qui fournissent et ceux qui utilisent les services n'apprennent progressivement à se comprendre, à s'entraider et à se faire mutuellement confiance. Telles sont les lignes directrices de l'activité de l'OMS dans ce domaine.

Cette activité peut se subdiviser en quatre catégories principales :

- 1) des actions visant à étendre en largeur la couverture de la population;
- 2) des actions visant à améliorer la qualité et l'utilisation des services;
- 3) des actions visant à rendre les services plus efficaces et moins coûteux;
- 4) des actions visant à améliorer la planification et la répartition des ressources.

Dans le cadre ainsi défini, l'OMS a pris plusieurs initiatives de nature plus concrète visant au renforcement des moyens de fourniture de soins de santé. L'une d'elles est une large étude portant sur la planification, la programmation, la conception et l'architecture des hôpitaux et autres installations de soins dans les pays en voie de développement. Cette étude a été entreprise pour combler le fossé qui sépare les connaissances et l'expérience accumulée jusqu'ici et leurs applications pratiques dans le domaine de la planification et du développement des installations. Ce fossé entraîne évidemment un gaspillage considérable de ressources dans les pays en voie de développement, et le principal objectif de l'étude OMS est d'aider les gouvernements et les institutions nationales ou régionales dans les efforts qu'ils font pour :

- définir et coordonner un système d'installations à l'intérieur de la masse totale des services de santé;
- programmer une action à long terme visant à adapter, à moderniser et à coordonner les éléments existants et à rationaliser la planification et la construction de ceux qui vont être mis en place;
- planifier diverses installations individuelles dans des pays en voie de développement.

Le produit final de cette étude sera l'application d'une technique appropriée pour le développement des installations de soins médicaux. Toutefois, il y aura une étape intermédiaire, qui sera l'élaboration et la présentation de cette technique sous forme d'avis clairs et pratiques sur toutes les phases de la construction d'hôpitaux et autres installations, depuis la planification régionale jusqu'à l'équipement individuel, le tout par une série de publications destinées à rendre compte de l'étude dans toute son étendue. L'ensemble comporte trois grandes subdivisions : cadre législatif et administratif, planification et programmation, architecture et technique.

Les pays en voie de développement se rendent mieux compte que beaucoup de leurs hôpitaux et autres installations ne sont ni adaptés à leurs besoins, ni compatibles avec leurs ressources. Bon nombre des erreurs faites par les planificateurs et les architectes de ces pays peuvent se ramener à l'idée erronée que les problèmes de planification et de construction sont essentiellement les mêmes, à des détails près, dans les pays développés et dans les pays en développement. Ce raisonnement se révèle faux, car il amène à conduire tout le processus de planification, de programmation, de conception et de construction sans tenir grand compte des circonstances locales. Au contraire, si l'on suit le même enchaînement intellectuel, mais en tenant compte de toutes les particularités locales ou régionales, le produit fini va sans doute être très différent d'un cadre à l'autre. Malheureusement, ce processus nécessaire mais compliqué est trop souvent omis et le produit obtenu dans un pays déterminé est simplement copié par un autre pays, auquel il ne convient peut-être pas. Par exemple, les techniques coûteuses qui permettent d'économiser la main-d'oeuvre sont sans doute justifiées dans les pays où le personnel est rare et cher, mais elles n'ont pas leur place dans les pays où l'on trouve une main-d'oeuvre abondante et bon marché.

Les erreurs le plus souvent commises ont déjà été relevées maintes fois, mais il ne suffit pas de les corriger après coup. L'étude OMS s'efforce de tracer la voie qui mènera vers la construction d'installations convenablement conçues et planifiées et qui évitera les principaux écueils. Si l'enchaînement logique mentionné ci-dessus était exposé de façon complètement explicite et formulé en termes clairs et univoques, la présente étude serait relativement simple. Malheureusement, tel n'est pas le cas. Il n'y a pas lieu de redéfinir le rôle joué par les installations de soins de santé et leur place dans un système sanitaire en voie de développement, d'autant moins que de nouvelles conceptions des soins de santé primaires sont en voie d'élaboration. Si nous considérons les fonctions à remplir, en partant de la périphérie, où le gros de la population est exposée, tombe malade et a besoin de soins de base, les contraintes physiques apparaissent sous un jour nouveau. Essentiellement, un bâtiment pour la santé est une enveloppe ou une coquille qui contient certains services et qui est indispensable à leur bon fonctionnement. Jusqu'à un certain niveau, il suffit d'une salle de consultation et d'un équipement très simple. On peut donc utiliser n'importe quel bâtiment existant. Cependant, à mesure que la complexité des services rendus augmente et que les contraintes d'environnement deviennent plus exigeantes, il faut fournir des locaux mieux adaptés.

Simultanément, le raisonnement qui aboutit à fournir un certain "parc" d'installations à différents niveaux pourrait peut-être s'éloigner des projections classiques de la demande de lits d'hôpitaux ou de l'effort d'assurer un certain nombre de lits par milliers d'habitants, pour se tourner vers une adaptation plus rationnelle et plus commode des installations aux fonctions à accomplir aux différents niveaux de soins et, par conséquent, vers des projections des différents types de personnel qui doivent être en place à chacun de ces niveaux.

En d'autres termes, quels que puissent être les besoins ou la demande, et quel que soit le nombre préconisé de lits par milliers d'habitants, les installations ne doivent être mises en place que dans la mesure où l'on possède déjà - ou l'on possèdera en temps voulu - le personnel nécessaire pour les faire fonctionner.

Dans le passé, des décisions mal inspirées ont été prises faute de directives bien adaptées aux besoins des pays en développement. En outre, ces décisions erronées ont été aggravées par l'emploi d'architectes qui avaient été formés dans des pays développés et qui ne connaissaient guère les aspects généraux de la conception structurale qui sont indispensables pour faire face aux besoins fonctionnels et culturels des pays en voie de développement sans excéder les limites de leurs ressources. Il s'avère difficile de remédier à cette ignorance, car presque tous les manuels, les documents et les plans concernant les installations sanitaires ont été publiés dans les pays développés et à leur usage.

Il est devenu évident qu'il faut des directives capables de promouvoir une meilleure utilisation de ressources peu abondantes, de distinguer parmi les technologies avancées celles qui sont applicables ou adaptables aux pays en développement et celles qui ne le sont pas, afin de les remplacer par d'autres, spécialement mises au point pour les régions intéressées. La présente série de publications ne doit pas être considérée comme donnant le dernier mot sur ce sujet. Bien au contraire, les opinions et les questions posées ont pour objet d'aider ceux qui s'intéressent à la promotion de la santé dans tous les pays en voie de développement. Les auteurs espèrent que les autorités sanitaires trouveront dans ces volumes successifs des renseignements qui leur rendront service pour résoudre deux grands types de problèmes : 1) la planification (au sens large du terme), qui implique une appréciation exacte de la situation, la préparation d'une législation ou d'une réglementation appropriée, l'élaboration d'une politique réaliste et la mise au point de programmes adaptés; 2) la prise d'options sur les propositions émanant des services nationaux ou des conseillers étrangers, ce qui implique la connaissance des principaux points à prendre en considération pour arriver à une appréciation judicieuse.

Il est indispensable qu'une information en retour provienne régulièrement et rapidement de ceux qui utilisent ces publications, afin que les volumes successifs contiennent des indications adaptées aux problèmes de type et de cadre nouveaux dont le lecteur peut avoir connaissance. Sans cette réinjection, les renseignements fournis deviendraient rapidement désuets. L'objectif essentiel est au contraire une mise à jour continue, qui suivra pas à pas le progrès technologique. En même temps, la prise en considération de problèmes se situant dans des cadres analogues peut amener à reconsidérer les avis donnés, à introduire des sujets nouveaux et à modifier les idées lorsqu'il y a lieu.

A qui cette série est-elle destinée et dans quelle mesure peut-elle rendre des services ? D'une manière très générale, le lecteur visé est le décideur : ministre de la santé ou des travaux publics, planificateur sanitaire, architecte, etc.

Les ministres de la santé ou des travaux publics doivent avoir conscience des conséquences profondes qu'entraîne le don d'un hôpital par une formule d'aide bilatérale ou internationale, aussi bien qu'un plan de construction d'hôpitaux présenté par les services nationaux de santé. Une installation de soins n'est qu'une coquille vide si elle ne possède pas le personnel et le matériel nécessaires. En d'autres termes, les frais de fonctionnement doivent être à la mesure de l'investissement initial : la construction d'un hôpital coûtant, par exemple, US \$4 000 000 exige que l'on dépense US \$1 000 000 chaque année pour le faire fonctionner.

Le planificateur sanitaire a besoin d'aide pour choisir la nature des installations nécessaires, leur emplacement et leur ordre de priorité. Il doit savoir comment échelonner un programme de construction en tenant compte des ressources humaines et matérielles disponibles. Il doit savoir tirer le meilleur parti de statistiques incomplètes et trop souvent douteuses. Enfin, il doit faire la distinction entre les statistiques qui sont indispensables et celles qui sont simplement utiles.

Quant à l'architecte, il ne s'agit pas ici de lui apprendre son métier, mais d'appeler son attention sur certains des pièges notoires qu'il doit éviter, surtout s'il a reçu sa formation dans un pays développé.

La présente série de publications ne constituera pas un manuel sur la planification hospitalière et ne cherchera pas à poser les bases théoriques d'une application pratique à la construction. Elle se propose plutôt d'offrir sous la forme la plus simple possible des conseils pratiques. Les usagers auront toujours besoin de recourir à des spécialistes, mais nous espérons que l'ensemble de la présente série indiquera clairement les étapes à suivre, les facteurs à peser et les éléments à prendre en considération pour aboutir à une solution correcte. Bien des bâtiments sont construits pour répondre à des intentions et à des politiques mal conçues; les pays dont les ressources économiques sont limitées ne peuvent se permettre un tel gaspillage. Lorsqu'on envisage la phase de construction en situation de pénurie, il faut non seulement examiner les différentes étapes du contrôle des prix de revient, mais aussi porter un jugement sur la construction projetée avant même de prendre la décision de construire. Il faut d'abord s'assurer que le projet est bien adapté et que le programme et la solution architecturale répondent vraiment aux besoins réels, compte tenu des techniques disponibles.

Trop de projets sont conçus en fonction d'une image théorique des soins de santé à fournir et dans l'intention d'assurer ces soins dans les meilleures conditions, alors qu'il faudrait une solution réaliste, qui respecte les contraintes de l'économie, de la technique et des disponibilités en personnel. Tous les articles réunis dans la présente série représentent un effort pour regarder en face et sous tous leurs aspects les problèmes que posent les installations de soins de santé. On n'a pas cherché à se substituer aux efforts des gouvernements, des architectes ou de l'industrie du bâtiment, mais à indiquer certains repères et certaines étapes à respecter, à fournir des données indispensables et à dégager des principes fondamentaux.

On espère que cette méthode permettra de remettre en question de nombreuses idées reçues.

Les pays en voie de développement, avec leurs maigres ressources, ne peuvent se doter d'installations efficaces qu'en faisant un effort énergique pour interpréter la situation existante, pour choisir dans le trésor de l'expérience internationale les aspects utiles de la planification et de la conception et pour définir avec clarté des objectifs qui ne soient pas hors de portée des ressources techniques et économiques du pays ou en désaccord avec ses valeurs culturelles et sociales. C'est ainsi que les autorités sanitaires des pays en voie de développement parviendront à évaluer la qualité des projets qui leur sont proposés et à rejeter ceux qui ne conviennent pas.

On pourra penser que les articles qui composent ce premier volume ne suivent pas un ordre logique des sujets. En effet, un tel ordre exigerait que, comme on l'a indiqué dans le tableau synoptique, l'on traite d'abord des sujets qui se rapportent généralement aux conditions

préalables à la planification, puis que l'on passe à la planification régionale puis à la programmation et à la conception des installations individuelles et de chacune de leurs parties pour en terminer par le détail de la construction et par le fonctionnement. Chaque volume serait alors d'un intérêt particulier pour un groupe déterminé de spécialistes. C'est précisément ce que l'on a voulu éviter, pensant qu'il est important que chaque catégorie d'usagers ait conscience des problèmes que pose chaque phase du processus d'ensemble. C'est pourquoi des sujets divers seront traités dans chacun des volumes de la série. En outre, comme on l'a vu ci-dessus, les observations soumises par les lecteurs du volume 1 permettront à l'Organisation mondiale de la Santé de rectifier, s'il y a lieu, l'orientation, la présentation ou le contenu des volumes ultérieurs. Les lecteurs sont donc invités à adresser leurs commentaires à la :

Division du Renforcement des Services de Santé
Organisation mondiale de la Santé
1211 Genève 27, Suisse

L'IMPORTANCE DE LA LÉGISLATION
ET DE L'ADMINISTRATION POUR LES INSTITUTIONS
DE SOINS MÉDICAUX, EN PARTICULIER
DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

R. F. Bridgman^a

Table des matières

	<u>Pages</u>
Introduction	11
1. PROBLEMES INITIAUX ET CONDITIONS PREALABLES	11
Situation générale	
a) Centralisation de l'administration publique	13
b) Faiblesse des pouvoirs locaux	13
c) Priorités sectorielles	14
d) Diversité des statuts juridiques des établissements	14
Principales étapes du développement des services de santé	15
2. OBSTACLES A UNE PLANIFICATION RATIONNELLE DES SOINS DE SANTE	17
a) Statut juridique des établissements et libéralisme de la profession médicale	17
b) Diversité et complexité des fonctions hospitalières	17
c) Problèmes de construction et d'équipement	18
d) Formation et recrutement du personnel sanitaire	18
e) Faiblesse des données statistiques des établissements médicaux	19
f) Coordination insuffisante du système de soins médicaux avec les autres institutions sociales	19

^a Inspecteur général des Affaires sociales, Paris, France; et ancien Chef du service de l'Organisation des soins médicaux, OMS, Genève, Suisse. Adresse actuelle : 4, rue Herschel, 75006 Paris, France.

	<u>Pages</u>
3. PRINCIPES DE LEGISLATION ET D'ADMINISTRATION DES INSTITUTIONS DE SOINS MEDICAUX ..	21
Section 1 : Définition et fonctions des institutions de soins médicaux	22
Section 2 : Statut juridique et classement des établissements	24
Section 3 : Administration des établissements	25
Section 4 : Personnels des établissements	25
Section 5 : Financement	26
Section 6 : Relations des institutions de soins médicaux avec les autres insti- tutions sanitaires et sociales	28
Section 7 : La planification des institutions et établissements de soins médicaux	31
Section 8 : La profession médicale	33
Section 9 : Les professions sanitaires associées	34
4. ESSAI D'APPLICATION AUX PAYS EN DEVELOPPEMENT	34
Caractère constitutionnel de la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique	35
Promulgation d'une loi-cadre	35
Loi d'organisation de la santé publique	40
Organisation des services de santé dans le cadre de la législation sociale	40
CONCLUSIONS	41

INTRODUCTION

Lorsqu'on poursuit une enquête sur la structure administrative des établissements de soins médicaux, on obtient des réponses qui varient considérablement, non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi selon l'institution à laquelle on s'adresse. Il semble qu'il y ait, à première vue, de multiples façons d'administrer les hôpitaux et les centres de soins ambulatoires. Mais lorsqu'on s'enquiert du cadre législatif dans lequel devrait s'insérer l'administration, on observe des différences encore plus grandes. Certains pays ont promulgué un ensemble de textes réglementaires périodiquement renouvelés, d'autres se contentent d'indications très générales, d'autres enfin se bornent à suivre les coutumes traditionnelles propres à chaque établissement.

Il a paru important de placer au début de cette série de documents une étude sur le cadre législatif dans lequel l'administration des établissements de soins médicaux s'insère. Ce cadre devrait constituer à la fois un instrument dynamique d'incitation et un guide plus ou moins contraignant. Une telle étude doit partir d'une analyse générale des solutions auxquelles certains pays développés sont parvenus, mais son intérêt majeur est de servir d'inspiration aux pays en développement.

1. PROBLEMES INITIAUX ET CONDITIONS PREALABLES

Les institutions de soins de santé¹ revêtent des aspects très variés selon les localités, le niveau socio-économique de la population desservie et le cadre géographique (urbain ou rural). Les soins de santé personnels ou soins médicaux comprennent les actes professionnels destinés à maintenir et à améliorer le niveau de santé des individus par des mesures préventives, curatives et de réadaptation. Cette notion est d'une importance particulière pour les pays en voie de développement, où il est indispensable d'intégrer les services préventifs et curatifs et où les problèmes de formation du personnel et de financement des services exigent la participation de toutes les catégories de personnel de santé.

Certains soins médicaux sont délivrés en dehors de tout cadre institutionnel. Ils revêtent le caractère de services échangés contre une rémunération fixée librement entre particuliers. L'exercice de la médecine libérale avant l'introduction de systèmes de solidarité sociale et avant l'organisation des professions médicales et associées en est un exemple qui ne nous retiendra pas, car il est évident qu'un tel dialogue, conséquence d'un accord oral entre deux individus, n'entre pas dans le cadre de la législation considérée dans le présent article. Toutefois, la complexité des soins médicaux, leur coût, l'organisation des professions de santé et le désir des populations de bénéficier de mesures de solidarité sociale (gouvernementale ou autres) ne peuvent que favoriser la création de systèmes utilisant des institutions que les gouvernements ne peuvent pas laisser se développer en dehors de toute réglementation.

Il ne saurait être question, dans cette étude, de se limiter aux établissements hospitaliers publics, car l'existence de consultations externes, de centres de santé avec lits, d'hôpitaux privés, de cabinets de groupe où travaillent des médecins et des membres de professions associées, soit à plein temps, soit à temps partiel, oblige à considérer l'ensemble du système des soins médicaux. De plus, la possibilité qu'ont eue, dans certains pays, les hôpitaux publics d'organiser un secteur privé, d'une part, et la participation de certains hôpitaux privés aux soins médicaux en faveur des indigents, d'autre part, agissent dans le même sens, surtout quand les autorités publiques prennent en charge tout ou partie des frais.

¹ L'expression "soins de santé" est employée lorsque l'activité envisagée a une certaine importance pour la santé au sens large. L'expression "soins médicaux" est réservée aux actes de caractère principalement médical, ou aux cas où une entorse à l'usage commun pourrait créer des difficultés de compréhension. Aucune des deux expressions ne doit être considérée comme visant des activités incompatibles ou contradictoires.

Dans la présente étude, le mot "institution" désigne soit le réseau des hôpitaux publics ou privés, soit celui de la profession médicale et des professions associées qui délivrent des soins médicaux, dans les hôpitaux et aussi en dehors de tout cadre hospitalier. Le mot "établissement" désigne en pratique les éléments du système hospitalier public et privé proprement dit. Le terme "institution" couvre donc un ou plusieurs systèmes composés d'éléments physiques; le terme "établissement" se rapporte à ces éléments physiques.

Tous les pays développés possèdent des systèmes de soins de santé qui sont soumis à une réglementation. Celle-ci peut être contraignante ou très libérale, mais on assiste depuis une vingtaine d'années à un renforcement progressif des pouvoirs exécutifs et de contrôle conférés aux services gouvernementaux de santé par une législation de plus en plus précise et complexe.

Aux Etats-Unis, les lois "Medicare" et "Medicaid" de 1966 sont un exemple de réglementation des soins de santé pour certaines catégories économiquement défavorisées de la population. La Grande-Bretagne a profondément révisé en 1973 sa loi sur le service national de santé. La France a promulgué en 1970 une loi hospitalière qui vise à coordonner les secteurs publics et privés et à constituer un système hospitalier unique doué d'une grande souplesse. Dans certains pays développés, le coût des soins médicaux est largement couvert par des systèmes variés de sécurité sociale, qui ont acquis de ce fait une influence considérable sur le développement des institutions de soins de santé, sur le statut de leur personnel, sur le volume des soins et sur leur qualité. Dans d'autres pays c'est l'Etat qui joue directement ce rôle.

L'histoire démontre que l'édification des systèmes de soins de santé dans les pays développés, encadrés et soutenus par une législation et une administration adéquates, est une conséquence inéluctable du développement économique, du progrès social et de la prise de conscience politique de la population. En fait c'est non seulement la perception des besoins de la part du gouvernement, mais aussi la pression de l'opinion publique demandant des soins qui aboutissent à l'élaboration d'une réglementation.

Les pays en développement ne peuvent pas ne pas s'engager dans un processus comparable. Beaucoup d'entre eux y sont déjà partiellement entrés. Cependant, pour de nombreuses raisons dont certaines seront analysées ci-après, ces pays n'ont pas pu décentraliser leurs services suffisamment. En conséquence, une large proportion de leur population rurale n'a pas accès aux établissements de soins de santé. Lorsqu'on étudie les problèmes d'organisation des soins et la façon dont ces problèmes sont attaqués et résolus, il n'est guère facile de tracer une distinction nette entre pays développés et pays en voie de développement. Les critères habituellement proposés sont de valeur douteuse. On énumérera ci-après les principaux :

- 1) Le revenu moyen par tête et par an n'est qu'une valeur statistique qui ne reflète pas les inégalités tenant aux structures sociales et au développement inégal des secteurs économiques. Il existe des pays à faible revenu par tête où une minorité peut bénéficier de soins médicaux de haute qualité, alors que la majorité n'a accès qu'à des institutions insuffisantes pour répondre aux besoins.
- 2) La faible proportion globale du personnel de santé par rapport à la population entière n'est pas non plus un critère valable. On déplore depuis longtemps l'existence dans les grandes villes des pays en développement d'une pléthore de médecins et même d'hôpitaux (surtout privés), malheureusement compensée par une tragique pénurie dans les campagnes et les petites villes, où vit cependant la majorité de la population.
- 3) La possibilité pour les services de santé de répondre à la demande de la population n'est pas non plus un critère valable, surtout quand on tente de l'exprimer par la longueur de la liste d'attente pour l'admission dans les hôpitaux. Il existe de grands groupes de population qui ne demandent des soins médicaux que pour les accidents les plus dramatiques, ou au contraire pour des troubles mineurs et parfois imaginaires. La demande de soins médicaux est un phénomène très complexe, qui est lié à de nombreux facteurs physiques et psychologiques. On commence à découvrir que l'offre de soins médicaux simples et de lits dans des hôpitaux locaux ne suffit pas toujours à gagner la confiance des populations locales. Leur utilisation est parfois médiocre, même quand les hôpitaux urbains sont surpeuplés et que les besoins non satisfaits restent considérables.

Finalement, et uniquement pour le sujet à l'étude, on pourrait adopter comme critère de sous-développement des services de soins de santé leur incapacité de répondre aux besoins fondamentaux de la population. Les nombreuses études, achevées ou en cours, sur l'utilisation des services de santé permettent de penser que lorsqu'un système sanitaire ne peut pas assurer :

10-20 contacts préventifs	}	pour 100 habitants et par an
80-120 contacts curatifs		
6-8 admissions hospitalières		
ou		
30-50 jours d'hôpital)	

ce système est incapable de répondre à tous les besoins sanitaires de base de la population. Les chiffres proposés ci-dessus sont assez arbitraires et correspondent à une situation sanitaire stable, en dehors de toute épidémie grave ou endémie particulière.

Ce seuil d'utilisation minimal, mais considéré comme efficace pour faire face aux besoins de base, est très inférieur à celui qui permet de répondre à la demande de populations à haut niveau de vie, dont la consommation médicale est de deux à quatre fois supérieure. Cependant, on peut penser que, si un pays peut garantir ce seuil minimal à toute sa population, il lui sera possible de faire face aux drames sanitaires qui constituent des obstacles intolérables au développement social, culturel et économique de la nation.

La détermination de ce seuil est importante, car des études comparatives portant sur les législations hospitalières en vigueur dans le monde ont montré que la plupart des pays dont les services de soins de santé se situent nettement au-dessus de ce seuil se sont dotés d'une législation et d'une administration sanitaires plus ou moins complexes. Au contraire, la plupart des pays qui se situent en dessous de ce seuil n'ont pas promulgué de lois pour leurs services de soins de santé, ou bien ne possèdent pas une structure administrative suffisante pour les appliquer. Enfin, il existe de nombreux pays qui ont conservé des règles imposées par les anciennes puissances occupantes, mais ces règles ne correspondent plus à la situation actuelle, puisqu'elles ont été édictées à une époque où les populations étaient soumises à une tutelle étrangère et centralisatrice.

Situation générale

Les pays qui ne possèdent pas une législation sanitaire développée se trouvent dans des situations très diverses, mais avec des traits communs que l'on peut définir comme suit.

a) Centralisation de l'administration publique

Les pays qui ont subi une tutelle étrangère pendant de nombreuses années ont été dotés d'une administration généralement très centralisée. Mais cette administration, située dans la capitale administrative du pays, n'avait que peu d'initiative, puisque les grandes décisions étaient prises dans les capitales des puissances occupantes. Dans beaucoup de domaines, mais en particulier dans celui de la santé, l'organisation des services était d'un type historiquement plus ancien et primitif que celle des services correspondants des puissances occupantes. Lorsque ces pays sont devenus indépendants, leurs administrations centrales ont continué leur action avec les éléments laissés sur place par les anciennes puissances, et ils n'ont eu ni le temps ni les moyens de se doter de structures législatives et administratives modernes. Ils en étaient d'ailleurs empêchés par un autre facteur, la faiblesse des autorités locales.

b) Faiblesse des pouvoirs locaux

Dans beaucoup de pays en développement, les autorités locales n'accomplissent que des fonctions de routine liées à des activités élémentaires et traditionnelles. Elles ne possèdent donc pas les moyens financiers et humains qui seraient nécessaires pour édifier une administration locale douée d'initiative et capable de prendre en charge les services de santé en contribuant à la préparation des programmes et des plans à long terme. En d'autres termes, les microstructures administratives sont faibles ou inexistantes, ce qui prive les établissements sanitaires du soutien nécessaire.

Au niveau de l'administration régionale ou provinciale (et même à celui de l'Etat dans les pays fédéraux), les pouvoirs exécutifs restent limités à cause de la rareté du personnel compétent et de l'insuffisance des ressources financières tirées de maigres impôts locaux, quand il y en a. Pour ces raisons, des dispositions législatives à tendance décentralisatrice ne peuvent guère être appliquées et les autorités centrales sont obligées, bon gré mal gré, de conserver les leviers de commande. Une telle situation n'est pas facile à modifier, car les administrateurs les plus compétents cherchent à rester dans les services centraux situés dans les grandes villes, où les conditions de vie sont meilleures et où leurs pouvoirs s'étendent à la nation tout entière.

c) Priorités sectorielles

En général, les problèmes de santé ne bénéficient pas d'une priorité élevée dans les pré-occupations des gouvernements. Les malades n'ont jamais constitué de groupes de pression politique, et les cas de maladies et d'accidents graves sont considérés par chacun comme des malheurs aléatoires, assez rapidement oubliés. Dans le secteur des institutions sociales, l'éducation et l'assurance sociale jouissent d'une popularité plus grande que les institutions de soins de santé, car elles répondent à des besoins plus constants et plus uniformément répartis. Les économistes qui préparent des plans de développement au niveau central ont souvent tendance à penser que les institutions de soins médicaux coûtent cher et ont une efficacité discutable sur l'économie générale du pays. Il est en effet très difficile de mesurer le rapport coût/bénéfice des soins de santé car, s'il est possible d'évaluer les gains découlant des programmes de prévention, il y a des aspects de la médecine de soins qui ne sont justifiables que du point de vue social et humanitaire. Dans beaucoup de pays en développement, les hôpitaux, en nombre insuffisant, ont tendance à être encombrés de malades très gravement atteints, dont beaucoup ne sortent qu'invalides ou moribonds. C'est pourquoi la mauvaise réputation des hôpitaux tend à se perpétuer dans l'esprit des planificateurs de l'économie nationale. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre dire, dans certains pays en développement, que les soins médicaux doivent rester à la charge des individus. A fortiori, lorsque des organismes d'assurance-maladie commencent à se développer, les gouvernements leur accordent volontiers une liberté totale, pensant que les malades dont ils couvrent les frais ne sont plus à la charge du gouvernement. Il semble cependant qu'on observe une prise de conscience plus nette de l'importance des services de santé dans l'économie des pays, ce qui conduit les gouvernements à consacrer plus d'attention à la promotion de la santé et aux moyens nécessaires pour y parvenir.

d) Diversité des statuts juridiques des établissements

Les besoins en soins médicaux sont cependant si grands et si urgents que certains groupements privés prennent l'initiative de créer des institutions pour y répondre. Traditionnellement, les missions et communautés religieuses considèrent la fondation d'hôpitaux et d'hospices pour malades chroniques comme relevant de leur rôle charitable. De telles réalisations se sont multipliées dans beaucoup de pays en développement et constituent des initiatives indispensables dans des secteurs où le gouvernement n'a pratiquement rien pu faire.

Les firmes employant de nombreux ouvriers et employés considèrent la création de services sanitaires et sociaux comme un moyen de maintenir la productivité de leur personnel et aussi de s'assurer la fidélité des techniciens qu'elles ont formés. Ce genre d'initiative peut prendre une ampleur considérable lorsque ces firmes exploitent des mines ou de vastes plantations et qu'elles emploient la quasi-totalité de la population économiquement active de ces territoires. Dans beaucoup de cas, femmes et enfants des ouvriers sont également pris en charge. Enfin, il n'est pas rare que le gouvernement demande par contrat que les rares personnes qui ne relèvent pas de ces firmes, mais qui vivent dans leurs villages et sur leurs terres, soient également reçues dans les institutions sanitaires privées. Il s'agit en général d'artisans indépendants ou de cas sociaux, par exemple de veuves et d'orphelins.

Enfin, la présence d'un nombre croissant de médecins et l'apparition d'une nouvelle classe sociale composée d'employés, de techniciens et de chefs d'entreprise à relativement hauts salaires dans les grandes villes industrielles et commerçantes déclenchent la création d'établissements de soins de santé à caractère commercial et d'un secteur indépendant de la médecine praticienne.

Cette diversité des statuts juridiques a des conséquences graves lorsque l'absence d'un cadre législatif et la faiblesse de l'administration gouvernementale et régionale ne permettent pas de contrôler le fonctionnement de toutes les catégories d'établissements et d'obtenir des données statistiques valables et régulières sur leur utilisation par la population. A l'opposé des mesures autoritaires de nationalisation, le libéralisme absolu entraîne la création de doubles emplois et d'abus de toute sorte. On risque d'assister à une élévation rapide des honoraires perçus par les médecins et les hôpitaux privés, qui ne deviennent accessibles qu'à la petite minorité la plus riche du pays. Les services publics, qui s'adressent à la majorité, sont en danger de perdre leur meilleur personnel, attiré par un secteur privé florissant.

Principales étapes du développement des services de santé

Il semble que la plupart des pays en développement s'engagent dans un processus comparable, quelles que soient les influences auxquelles ils ont été soumis autrefois. On peut identifier un certain nombre d'étapes dans le développement de leurs secteurs sanitaires et sociaux, qui correspondent à l'évolution des forces façonnant irrésistiblement leur société et leur économie en expansion.

Première étape : situation de départ

Seule la classe dirigeante peut payer des soins médicaux de qualité, qu'elle obtient souvent à l'étranger ou dans de rares hôpitaux gérés par des étrangers. Le régime d'assistance sanitaire gratuit prévaut pour la quasi-totalité de la population autochtone. Les établissements de soins sont des infirmeries pour indigents, financées et gérées directement par l'administration centrale. Les programmes sanitaires prioritaires sont orientés vers la prévention des grandes endémies et des maladies transmissibles. En fait, la majorité de la population n'a pas accès aux hôpitaux à cause de l'insuffisance des moyens de communication. Elle obtient parfois quelques soulagements à ses maux auprès de sorciers et de guérisseurs empiriques.

Seconde étape : début du développement économique

L'exploitation des ressources naturelles du sol (agriculture industrielle et élevage) et du sous-sol (mines, pétrole) a commencé depuis longtemps par l'action d'entreprises étrangères souvent très puissantes. Elle se poursuit aujourd'hui sous le couvert de coopération bilatérale ou multilatérale avec les gouvernements des pays industrialisés ou avec des firmes multinationales. Cette action s'accompagne d'une amélioration rapide des routes et du parc automobile. Pendant ce temps, les services préventifs ont modifié, dans l'esprit de la population, la perception de l'état de maladie, ce qui motive une demande accrue de soins médicaux. Le gouvernement a déjà créé un ministère de la santé et s'efforce de mettre en place une administration sanitaire provinciale ou régionale. A cause de la demande accrue de soins médicaux et de l'augmentation du nombre des médecins qui reviennent des universités étrangères avec parfois des qualifications de spécialistes, le gouvernement se trouve engagé dans la modernisation et l'extension des hôpitaux publics existants et la création d'établissements nouveaux. En conséquence, une proportion croissante du budget alloué au ministère de la santé est absorbée par les hôpitaux publics. Les programmes préventifs se trouvent au contraire compromis par l'insuffisance du personnel et des ressources financières.

Troisième étape : extension du développement économique à type d'économie de marché

La création d'industries importantes entraîne celle d'activités secondaires et tertiaires telles que banques, hôtels, commerce de gros et de détail, assurances, firmes d'importation et d'exportation, compagnies de transport et d'aviation, etc. Ces activités nécessitent le recrutement de salariés d'un certain niveau intellectuel issu du système d'éducation nationale. Entre la classe des possédants et la masse des ouvriers non qualifiés, des artisans et des agriculteurs pauvres, une classe nouvelle grandit rapidement. C'est celle des fonctionnaires des administrations et des salariés des entreprises publiques et privées. Pour les individus appartenant à cette nouvelle classe, dont l'influence politique va croissant, l'ancien système de soins médicaux ne convient plus car, s'ils ne sont pas assez riches pour utiliser les rares hôpitaux privés de luxe, ils se sont déjà trop élevés dans la hiérarchie sociale pour s'accommoder de

l'inconfort des hôpitaux pour indigents. Il se crée alors un secteur de médecine privée commerciale de qualité inégale, qui attire d'une part les jeunes médecins, peu désireux d'entrer dans un secteur public mal rémunéré et, d'autre part, les malades appartenant à la classe moyenne.

Quatrième étape : recherche d'un financement complémentaire

Le déséquilibre financier s'aggrave avec la construction d'hôpitaux dont les plus coûteux sont parfois édifiés par des firmes étrangères privées ou dans le cadre de programmes d'aide bilatérale. Le ministère de la santé envisage alors un prix de journée hospitalière pour les malades qui ont quelques ressources financières. Il entre ainsi en concurrence avec le secteur privé. En l'absence de législation hospitalière et de règles correctes de comptabilité, la situation se désorganise. Il arrive que les hôpitaux privés demandent des prix de journée plus bas que les hôpitaux publics, car ils bénéficient aussi des honoraires que les médecins perçoivent. Ils peuvent de même faire des économies sur la qualité des soins et la sécurité des malades. Souvent, en application de règles anciennes et périmées, les recettes perçues par les hôpitaux publics sont versées au Trésor, ce qui empêche d'investir ces recettes dans l'amélioration de l'équipement. Dans ces conditions on ne peut pas s'attendre à ce que les directeurs des hôpitaux publics fassent de grands efforts pour rechercher des malades payants et même pour faire payer ceux qui en ont les moyens.

Pendant cette étape, les firmes commerciales et industrielles les plus importantes commencent à prendre en charge les dépenses de soins médicaux de leur personnel et constituent des mutuelles d'assurance-maladie de caractère paternaliste et n'obéissant à aucune règle en l'absence de législation nationale. Le plus souvent, les firmes qui n'ont pas créé leurs propres hôpitaux dirigent leurs employés malades vers des hôpitaux privés qu'elles contrôlent plus ou moins au moyen de contrats. Les employés du gouvernement sont souvent soignés gratuitement dans les hôpitaux publics, mais le gouvernement ne couvre pas les frais de leur traitement puisqu'il assure, en principe, le financement global des établissements.

La combinaison de ces facteurs conduit à des difficultés financières croissantes et à une dégradation progressive du système hospitalier public.

Cinquième étape : structuration par le gouvernement

A ce point de l'évolution, le gouvernement est devant une alternative. S'il renonce à imposer une coordination et un contrôle efficaces des différentes institutions, il assistera au développement de nombreuses caisses d'assurance-maladie indépendantes et concurrentielles qui couvriront certains salariés et même des travailleurs indépendants. Ces caisses accumuleront rapidement des ressources suffisantes pour constituer des services de soins médicaux évidemment réservés à leurs affiliés. Mais l'orientation de ces services est surtout curative, car les assurances-maladie, par leur nature même, ne s'intéressent guère à la prévention active. Le reste de la population n'aura accès qu'à des établissements publics dont le développement sera compromis par les restrictions budgétaires et l'évasion du personnel vers le secteur privé.

Par contre, si le gouvernement s'aperçoit à temps du danger de dissociation et de détérioration du système sanitaire public, et s'il en a les moyens politiques, il sera conduit à préparer une législation imposant des règles de coordination plus ou moins contraignantes, soit en laissant subsister un secteur libéral mais soumis à un certain contrôle de l'Etat, soit en allant jusqu'à la constitution d'un service national de santé impliquant la nationalisation de toutes les institutions de soins médicaux. Le choix entre ces deux extrêmes et les nombreuses solutions intermédiaires est essentiellement politique, mais, dans tous les cas, la promulgation d'une législation couvrant les soins médicaux et les formes diverses de mutualité ou d'assurance-maladie professionnelle, ou un régime général de sécurité sociale, devient indispensable. Elle nécessite pour son application la constitution d'une administration sanitaire et sociale compétente et efficace.

Ainsi que le précise le cinquième rapport de l'OMS sur la situation sanitaire dans le monde (1969-1972)¹ : "Les pays en voie de développement à économie de marché se trouvent donc

¹ OMS, Actes officiels, N° 225, 1975, Genève, p. 21.

engagés dans une voie qui conduit soit à la dégradation progressive du système sanitaire public, soit à la constitution de caisses d'assurance sociale obligatoire, dont le budget est partagé entre employés et employeurs, avec éventuellement des subventions gouvernementales. Ce phénomène est sain si le gouvernement l'organise à temps en promulguant des lois sociales et en jetant les bases d'une organisation rationnelle des services sanitaires publics et privés et des mutuelles, qui doivent confluer peu à peu vers un nombre restreint de régimes de sécurité sociale. Ce processus permet de supporter des dépenses croissantes de soins médicaux individuels sans que la participation de l'Etat soit proportionnellement augmentée. On arrive même à diminuer cette dernière, libérant des fonds pour des campagnes plus intensives de prévention."

Pendant cette étape, seuls les salariés et leurs dépendants sont couverts, ce qui peut représenter une fraction modeste de la population. Les cotisations sont surtout versées par les employeurs, qu'il s'agisse de firmes privées ou d'entreprises d'Etat, ou par le gouvernement lui-même pour ses fonctionnaires. La couverture des artisans indépendants peut prendre une forme bénévole pendant quelque temps. Quant aux travailleurs ruraux, ils peuvent être couverts par des coopératives agricoles si le gouvernement exerce un contrôle efficace sur leur fonctionnement. Les familles sans ressources restent à la charge des autorités publiques.

2. OBSTACLES A UNE PLANIFICATION RATIONNELLE DES SOINS DE SANTE

Toute tentative de planification d'un système de soins de santé rencontre des obstacles qu'il faut s'efforcer de réduire. Les principaux sont habituellement les suivants.

a) Statut juridique des établissements et libéralisme de la profession médicale

L'existence d'un secteur privé hétérogène pose des problèmes au législateur et au planificateur. On distingue habituellement les établissements privés non lucratifs ou bénévoles et les établissements à but lucratif ou commerciaux. La plupart des établissements privés à but non lucratif sont gérés par des associations philanthropiques, souvent de caractère confessionnel. Ils disposent parfois de ressources financières appréciables provenant des pays développés et possèdent un personnel dévoué qui accepte des salaires très modestes, sinon pratiquement nuls. Dans les pays en développement, on peut difficilement envisager de nationaliser ces institutions et de remplacer leur personnel.

Quant à l'exercice de la médecine, il est difficilement compatible avec le statut de médecin à plein temps pour les hôpitaux publics aussi longtemps que le gouvernement ne peut pas assurer à ses médecins fonctionnaires des salaires comparables aux honoraires du secteur privé. De plus, la concentration du corps médical dans les grandes villes tient en partie au fait que la majorité des personnes qui bénéficient directement du développement économique y résident.

b) Diversité et complexité des fonctions hospitalières

La grande diversité des fonctions remplies par les différentes catégories d'hôpitaux pose un problème difficile aux autorités sanitaires. La distribution des établissements dans un cadre régional est partout acceptée comme la seule solution rationnelle. Elle comporte une hiérarchie d'établissements, allant des postes sanitaires de village au grand hôpital régional, en passant par les hôpitaux ruraux ou centres de santé de district avec lits et les hôpitaux intermédiaires ou provinciaux. Si l'on met à part les postes sanitaires de village qui permettent d'appliquer un programme de prévention de base, de délivrer des soins ambulatoires élémentaires et d'héberger deux ou trois parturientes, le problème le plus difficile est posé par l'hôpital rural ou centre de santé de district avec lits. En théorie, cet établissement devrait permettre de délivrer des soins médicaux du niveau de ceux qui sont assurés par les médecins de famille et comporter en plus des possibilités d'hospitalisation pour l'obstétrique, les cas médicaux sans grande gravité et les urgences. Mais, dans les pays en développement, le niveau technique nécessaire est rarement atteint. Les médecins y font des séjours de courte durée et sont découragés par l'extrême difficulté d'assurer et d'entretenir un équipement technique minimum consistant en un laboratoire, une installation radiologique et un bloc opératoire décent.

Dans la plupart des pays qui ont consenti de grands efforts pour doter leurs régions rurales de petits hôpitaux, on constate une faible utilisation des lits, qui traduit un certain manque de confiance de la part de la population. Dès que les moyens de communication s'améliorent, les malades négligent l'échelon local et cherchent à se faire soigner dans les hôpitaux intermédiaires et provinciaux. Dans les régions à forte densité démographique et pourvues de moyens de communication réguliers, les autorités sanitaires se trouvent placées devant une alternative : faut-il chercher à élever le niveau technique des hôpitaux ruraux, ou faut-il renforcer les hôpitaux intermédiaires de district ou de province en utilisant les hôpitaux ruraux comme centres de santé primaires en qualité d'antennes avancées des hôpitaux intermédiaires ? La solution dépend de plusieurs facteurs, qui peuvent faire l'objet de directives générales contenues dans la législation sur les établissements de soins médicaux et dans les instructions réglementaires promulguées par les services publics de santé.

Un autre facteur favorisant la diversité des fonctions est constitué par l'existence simultanée d'établissements publics et d'institutions privées commerciales. Dans les pays où ces deux types d'établissements coexistent, on constate que les hôpitaux privés commerciaux s'orientent vers la chirurgie et l'obstétrique et ne s'intéressent pas à la médecine interne et à la pédiatrie. La raison en est que l'on peut prélever des honoraires plus élevés pour les interventions chirurgicales et obstétricales que pour les actes de médecine interne et de pédiatrie. De plus, dans le cadre de la chirurgie et de l'obstétrique, les hôpitaux privés commerciaux commencent à rechercher les "cas faciles" et à laisser les cas à haut risque aux hôpitaux publics. Lorsque les deux secteurs, public et privé, sont d'importance comparable, les hôpitaux publics voient affluer des malades de médecine interne, des enfants malades et les cas chirurgicaux et obstétricaux les plus graves, ce qui compromet à la fois leur réputation dans l'esprit du public et leur équilibre financier.

c) Problèmes de construction et d'équipement

Ces problèmes sont souvent mal résolus en l'absence de textes réglementaires concernant les conditions techniques obligatoires et les directives générales à respecter. Nombreux sont les exemples d'hôpitaux mal adaptés au climat, aux possibilités énergétiques locales, au personnel disponible, aux habitudes et désirs de la population, ainsi qu'aux ressources financières probables. Les hôpitaux modernes des pays en développement sont souvent construits à partir de plans trop complexes et nécessitent un appareillage mécanique et électrique très difficile à entretenir et à réparer. Plusieurs de ces établissements n'ont jamais pu être mis en service. Pour ceux qu'on s'efforce de faire fonctionner, le coût d'exploitation est très élevé et compromet les programmes préventifs.

L'absence de normes ou standards de construction et d'équipement laisse le champ libre aux ambitieuses fantaisies de certains architectes et ingénieurs ou, pire encore, de firmes commerciales qui se désintéressent des conditions de fonctionnement.

d) Formation et recrutement du personnel

Dans tous les pays en développement, ce sont des obstacles majeurs. On se bornera ici à résumer les causes essentielles qui pourraient être atténuées par une législation et une administration appropriées.

La formation est trop souvent étroitement calquée sur celle qui est de règle dans les pays développés, dont la pathologie et les problèmes sociaux sont très différents. En ce qui concerne les étudiants en médecine, la formation fait une place trop importante aux spécialités et aux moyens de diagnostic biologique et radiologique les plus sophistiqués, dont les médecins ne pourront pas bénéficier facilement dans leur pratique quotidienne.

Le recrutement du personnel est compromis par les conditions médiocres et l'instabilité du statut de la fonction hospitalière et sanitaire dans les établissements publics, mais aussi par une rémunération insuffisante, qui favorise l'exercice privé à temps partiel, ou même la démission et l'abandon de poste. De plus, il arrive que les allocations budgétaires arbitraires, en l'absence de textes réglementaires fixant les règles de la comptabilité et le calcul du

budget, ne permettent pas de pourvoir les postes officiellement approuvés, qui restent vacants faute d'argent pour payer les salaires. Il existe des pays où le personnel serait surabondant si les administrations sanitaires étaient en mesure de le payer régulièrement.

e) Faiblesse des données statistiques des établissements de soins médicaux

Il s'agit d'un obstacle à l'élaboration de programmes d'équipement et de construction. Il existe souvent un déséquilibre entre les statistiques hospitalières de morbidité et celles d'utilisation. Pour des raisons tenant à la tradition, on a souvent donné la priorité aux statistiques détaillées de morbidité, qui sont de valeur douteuse quand la cause qui conduit à l'admission du malade est mentionnée à l'entrée et non à la sortie. Les insuffisances des moyens diagnostiques dans les hôpitaux moyens et locaux sont également responsables de diagnostics imprécis. On peut finalement mettre en doute l'intérêt de collationner des statistiques détaillées de morbidité pour la planification des établissements de soins de santé. Ce qu'il est important de savoir, c'est, par exemple, combien il y a eu de malades chirurgicaux pendant une période donnée, mais le nombre de ceux qui sont atteints de hernie ou d'ulcère gastrique n'a guère d'importance pour le calcul des lits et du personnel nécessaire. Ces renseignements sont, par contre, importants pour connaître l'évolution des causes principales de morbidité dans la population.

En ce qui concerne les statistiques d'utilisation, il n'y a pas de normes universellement adoptées. De plus, la valeur et l'interprétation des chiffres sont douteuses quand le nombre moyen de malades présents est très supérieur au nombre officiel des lits. Enfin, le recueil de toutes ces données impose un travail supplémentaire que le personnel, peu nombreux et surmené, ne peut pas accomplir de façon fiable et régulière. Des données statistiques précises sont cependant indispensables, mais il conviendrait que, dans les pays en voie de développement, on les limite au minimum utile et qu'on ne s'efforce que très progressivement d'appliquer des programmes semblables à ceux des pays développés.

f) Coordination insuffisante du système des soins médicaux avec les autres institutions sociales

Le système des soins de santé, dont on a démontré plus haut la tendance à la désorganisation en l'absence d'une législation appropriée, souffre souvent d'un manque de coordination avec les autres institutions sociales :

1) L'éducation nationale prend en charge la formation des médecins dans la plupart des pays en développement, et parfois celle des infirmières, des auxiliaires et des techniciens sanitaires. De plus, il est fréquent que les établissements où la formation pratique est assurée, c'est-à-dire les hôpitaux d'enseignement, soient placés sous la tutelle du ministère d'éducation nationale et non pas sous celle du ministère de la santé. Un système de soins de santé dont les échelons les plus élevés, c'est-à-dire les hôpitaux régionaux et nationaux, lui restent étrangers est littéralement décapité et ne peut pas fonctionner de façon harmonieuse. Les indispensables échanges de personnel, de services et de malades entre la base et le sommet du système hospitalier se font mal. Il se crée deux catégories de médecins hospitaliers, ceux des hôpitaux d'enseignement qui ont des titres universitaires, et les autres, dont le prestige et la satisfaction professionnelle sont moins reconnus.

2) La sécurité sociale, même sous ses formes élémentaires de mutuelles d'assurance-maladie, montre une tendance naturelle à constituer son propre système de soins, c'est-à-dire à recruter et à employer des médecins de caisse et à construire et à gérer des hôpitaux réservés aux assurés. En l'absence d'une législation coordonnatrice, il se constitue progressivement un double système, celui des assurances-maladie, qui se développe là où se trouvent un nombre suffisant d'affiliés (salariés des villes industrielles et commerçantes) et le système public, qui a la charge des non-salariés (essentiellement les artisans et les paysans).

De plus les caisses d'assurance-maladie n'ont par définition que peu d'intérêt pour la médecine préventive. Leurs hôpitaux, souvent excellents d'ailleurs, assurent des fonctions traditionnellement curatives et ne répondent pas à la nécessité d'intégrer le traitement et la prévention des maladies.

Il faut ajouter que le développement économique entraîne une proportion plus élevée de salariés, une élévation des salaires, donc des ressources financières parfois importantes, puisque le budget de l'assurance sociale provient d'une cotisation prélevée sur les salaires. Enfin, la branche des pensions de retraite et de vieillesse est bénéficiaire pendant les premières décennies de fonctionnement, du fait que l'âge moyen des salariés est relativement bas et que l'espérance de vie est relativement courte dans les pays en développement. Ces conditions donnent la possibilité aux caisses d'édifier rapidement leur propre système de soins médicaux et d'offrir des conditions de travail et de rémunération plus satisfaisantes que le secteur public. A cause de cette situation que ne freine aucune législation, le secteur des caisses d'assurance sociale croît rapidement, alors que le secteur public s'étiole et dépérit. Ce phénomène s'observe dans les pays qui ont atteint un certain degré de développement économique et qui ne se sont pas dotés à temps de structures législatives et administratives assurant la coordination des secteurs sanitaires et sociaux.

3) La médecine du travail prend une importance croissante avec le développement industriel et agricole. Elle revêt plusieurs aspects différents : examen médical à l'embauche, contrôle systématique et périodique de la santé des travailleurs, diagnostic et traitement des accidents du travail et des maladies professionnelles, etc. Dans les pays en voie de développement, il peut s'y ajouter les soins médicaux de toute nature pour les travailleurs et leur famille. En raison des difficultés financières et de personnel que ces pays connaissent, il est recommandé d'éviter la constitution d'un secteur indépendant de médecine du travail et d'utiliser, pour les soins médicaux généraux, l'ensemble du système sanitaire. Cette intégration est particulièrement souhaitable pour garantir que les services de médecine du travail contribuent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs et ne se bornent pas à rechercher leur meilleur rendement au seul bénéfice de l'entreprise. Les services médicaux d'entreprise sont parfois accusés par les ouvriers de ne bénéficier qu'à la direction de l'usine, ce qui entraîne évidemment des conflits sociaux. De tels risques sont évités par l'utilisation des services publics de soins de santé.

4) La médecine préventive revêt une importance considérable dans les pays en développement, du fait que la majorité de la population souffre d'un environnement potentiellement insalubre et de malnutrition. Les maladies parasitaires sont extrêmement fréquentes, les maladies contagieuses constituent un risque répandu et les problèmes de nutrition et d'habitat sont considérables. Ce second champ est indissolublement lié aux soins médicaux que doivent recevoir les individus atteints et l'action correspondante est pratiquée par le personnel sanitaire dans le cadre des institutions de soins de santé.

Il convient cependant d'éviter de scinder le programme de prévention global, car il reste la responsabilité directe des autorités sanitaires publiques, qui peuvent établir des conventions avec les autorités locales ou les organismes bénévoles comme la Croix-Rouge et les institutions charitables. Si l'on considère qu'en pratique, la prévention primaire s'exerce surtout sur le terrain et au sein des collectivités, il est facile de loger ses fichiers, ses cartes et son personnel administratif dans quelques pièces de l'hôpital ou du centre de santé local.

5) L'action sociale en faveur des personnes qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins par leur travail ou celui de leur famille est longtemps restée à la charge des autorités locales. Enfants abandonnés et orphelins, handicapés physiques et mentaux, malades chroniques, vieillards et individus dépourvus de cadre familial ont traditionnellement trouvé une place modeste dans les villages peuplés d'agriculteurs et d'éleveurs sédentaires. C'est encore le cas dans de nombreuses régions des pays en voie de développement. Mais le développement économique plus ou moins bien organisé a introduit une rupture brutale dans les traditions en l'absence d'un système d'aide sociale. Il suffit d'évoquer les migrations d'adolescents et d'adultes vers les villes en explosion démographique, l'ouverture de grands chantiers industriels, le départ de travailleurs vers les pays développés, l'introduction de machines dans l'agriculture et l'exploitation des forêts et des mines, pour comprendre que les collectivités rurales, privées d'une partie de leurs travailleurs, ne peuvent plus entretenir l'existence d'individus inactifs. Certes, il n'est pas possible pour les pays en développement de garantir dès maintenant un niveau de vie acceptable pour la foule des handicapés, mais il faut considérer que deux facteurs posent au gouvernement des problèmes qui ne peuvent être plus longtemps ignorés ou éludés.

Le premier est l'augmentation du nombre des handicapés, du fait même du développement économique. L'introduction de machines nouvelles et l'utilisation de produits insecticides et fongicides toxiques entraînent des accidents de travail et des maladies professionnelles nombreuses et graves à cause de l'inexpérience des ouvriers et de l'insuffisance des précautions prises par les employeurs. En principe, ces cas devraient être pris en charge par les services sociaux du travail, mais ceux-ci ne possèdent ni les ressources ni les structures législatives et administratives qui leur permettraient de résoudre ces problèmes.

Le second facteur consiste en la mobilité accrue des populations du fait du développement des transports. Les grandes villes et leurs banlieues voient affluer des cas sociaux qui n'ont plus leur place dans les villages, dont les structures traditionnelles sont menacées. Il n'est pas rare que chaque travailleur qui trouve un emploi soit accompagné de plusieurs cas sociaux improductifs à sa charge.

Il est donc inévitable que les autorités se trouvent confrontées au problème de l'aide sociale. En l'absence d'institutions adéquates, la solution de facilité est l'admission temporaire à l'hôpital. Il est donc nécessaire que les hôpitaux puissent évacuer les cas sociaux, souvent admis d'urgence, vers des institutions d'aide sociale.

Il est à noter que, si les vieillards et les malades chroniques posent actuellement un problème particulièrement grave aux pays développés, la situation ne pourra pas être négligée par les pays en développement au cours des années qui nous séparent de la fin du siècle. Ici encore, la coordination entre le système des soins de santé et l'aide sociale est nécessaire.

La solution de tous ces problèmes ne peut pas être trouvée dans l'improvisation et la bonne volonté d'institutions indépendantes et incoordonnées. Une législation sociale qui couvre l'ensemble des secteurs évoqués ci-dessus doit constituer le cadre d'un programme d'action rationnel et efficace.

3. PRINCIPES DE LEGISLATION ET D'ADMINISTRATION DES INSTITUTIONS DE SOINS MEDICAUX

Il convient de rappeler qu'un pays qui ne possède que quelques hôpitaux appartenant aux services centraux du gouvernement et financés par eux, et dont tous les médecins sont des fonctionnaires de l'Etat, n'a le plus souvent pas ressenti le besoin de promulguer une législation spéciale. Toutefois, s'il existe des institutions ayant des statuts juridiques différents, si certains groupes de salariés bénéficient d'une couverture financière quelconque pour les soins médicaux dont ils ont besoin, si les autorités locales ont quelque pouvoir et qu'elles peuvent exprimer leurs désirs et contribuer financièrement et même par le travail bénévole de leur population au fonctionnement des institutions, s'il importe de coordonner et d'intégrer la médecine de soins et la prévention pour augmenter l'efficacité du personnel et des installations, un cadre législatif devient indispensable.

Il faut cependant insister sur deux points importants.

1) Il n'existe pas de législation type que les pays en développement puissent copier. L'exemple des pays développés montre que les législations sanitaires existantes diffèrent d'un pays à l'autre car elles reflètent les circonstances historiques et politiques au sein desquelles elles ont pris naissance. La législation des institutions de soins de santé comporte des aspects techniques concernant l'équipement et les installations qui sont certes universels, de même que les normes concernant le taux maximum de substances polluantes dans l'eau de boisson, par exemple. Mais elle comporte aussi beaucoup d'aspects qui sont propres à chaque pays et à chaque culture. Par exemple, la stricte séparation des sexes peut influencer sur la disposition architecturale d'un hôpital et imposer deux salles de toilette des corps et deux installations d'autopsie, alors que, dans un autre contexte culturel, une certaine mixité est tolérée. La présence des mères en pédiatrie est un autre exemple du nécessaire ajustement des standards architecturaux aux coutumes. Cependant, il n'existe pas un grand nombre de types de législation

sanitaire car, du fait même que la culture et l'histoire influent sur la législation, les pays qui possèdent des cultures comparables et des histoires parallèles ont promulgué des législations ayant de nombreux points communs.

2) Il faut s'assurer, avant de préparer et de promulguer une loi, que l'appareil administratif sera capable de l'appliquer. Il convient donc que l'administration des établissements (notamment la direction des hôpitaux), que l'administration sanitaire et sociale des Etats, provinces ou régions et que l'administration centrale aient toutes les moyens de contrôle et les pouvoirs exécutifs prévus par le projet de loi. Il existe des pays en développement qui jouissent de l'indépendance politique depuis plus d'un siècle et qui ont promulgué un appareil législatif complexe, généralement inspiré de modèles européens. Mais ils n'ont pas pu ou pas su édifier l'administration qui aurait été capable d'appliquer ces lois. Celles-ci restent à l'état théorique et se périment sans avoir servi. On a pu dire que "la loi est l'expression des concepts de valeur qui sont inhérents à une civilisation donnée". Dans la présente étude, le terme "législation" couvre non seulement la ou les lois votées par le parlement ou promulguées comme décrets-lois ou ordonnances par le gouvernement, mais aussi les décrets d'application et, dans une certaine mesure, les arrêtés, lettres circulaires et décisions judiciaires formant jurisprudence, qui constituent des textes réglementaires à caractère général. Tous les aspects qui sont étudiés ci-après ne sont donc que très rarement contenus dans un texte unique.

On perçoit dès maintenant la nécessité d'adopter une démarche prudente, qui sera le sujet de la quatrième partie de cette étude, dans laquelle sont énumérées les étapes à franchir graduellement. Cependant, l'étude comparative des législations hospitalières et des systèmes en vigueur¹ montre que les progrès techniques, d'une part, l'influence d'organisations intergouvernementales comme l'OMS, le BIT et les Nations Unies, et l'existence de fédérations ou associations internationales non gouvernementales comme la Fédération internationale des Hôpitaux, l'Association médicale mondiale et l'Association internationale de Sécurité sociale d'autre part, constituent des forces qui inclinent les pays vers des solutions convergentes. Pour prendre un exemple, il est évident que les législations des pays de culture arabe, chinoise et européenne au dix-huitième siècle différaient beaucoup plus entre elles que les types d'organisations égyptienne, japonaise et italienne d'aujourd'hui. C'est à partir de cette réflexion qu'il paraît possible de construire une typologie de l'administration et de la législation des institutions de soins de santé. Les principaux chapitres ou sections d'une législation type sont analysés ci-après.

Section 1 : Définition et fonctions des institutions de soins médicaux

Comme nous l'avons dit plus haut, les soins médicaux sont définis par l'OMS et le BIT comme les actes curatifs, préventifs et réhabilitatifs fournis à des individus. Ils constituent donc un ensemble indissociable. Mais, si l'on se place du point de vue législatif, administratif et financier, il faut distinguer deux catégories de soins : ceux qui sont donnés à des individus qui peuvent se déplacer ou rester à leur domicile, et ceux qui sont donnés à des individus admis dans des établissements pour y être soignés et qui doivent y vivre un certain temps. Dans le premier cas, les soins sont essentiellement des actes professionnels accomplis par le personnel de santé. Dans le second cas, il s'y ajoute la prise en charge par l'administration de tous les actes de la vie courante : hébergement, nourriture, soins corporels, chauffage et confort matériel et moral.

Le corps médical et les membres des professions associées sont responsables des soins médicaux dans les deux cas. Mais le rôle des établissements d'hospitalisation est également très étendu, et ils comportent non seulement des chambres pour les malades et des services cliniques, mais aussi des consultations externes pour soins ambulatoires et même parfois des services de soins à domicile.

L'organisation globale des soins de santé doit donc prendre en considération toutes les institutions qui délivrent des soins médicaux et tous les établissements où ces soins sont donnés et où les malades sont hébergés. C'est pourquoi, l'on considérera dans cette étude :

¹ Bridgman, R. F. & Roemer, M. I. Législation hospitalière et systèmes hospitaliers, Genève, OMS, 1973 (Cahiers de Santé publique, N° 50).

A. Les institutions sanitaires, c'est-à-dire l'ensemble des organisations et des professions assurant les soins médicaux, et qui sont principalement :

- 1) l'organisation hospitalière avec ses deux branches :
 - a) hospitalisation
 - b) soins externes
- 2) la profession médicale :
 - a) généralistes
 - b) spécialistes
- 3) les professions sanitaires associées :
 - a) infirmières
 - b) auxiliaires
 - c) techniciens
- 4) les institutions de médecine préventive.

B. Les établissements

- 1) les hôpitaux généraux :
 - a) régionaux
 - b) intermédiaires ou provinciaux ou départementaux
 - c) locaux ou ruraux
- 2) les hôpitaux spéciaux :
 - a) hôpitaux psychiatriques
 - b) maternités
 - c) hôpitaux pédiatriques
 - d) hôpitaux pour contagieux
 - e) divers
- 3) les hôpitaux d'enseignement
- 4) les centres de santé et de prévention (y compris la gériatrie)
- 5) les établissements de réadaptation
- 6) les établissements pour chroniques et pour séjours prolongés.

Tous ces établissements peuvent être publics et administrés à différents niveaux : national, régional et local. Ils peuvent aussi être privés, bénévoles ou commerciaux.

Les législations les plus modernes confient les soins médicaux aux institutions qui sont obligées de répondre aux demandes de soins médicaux qui leur sont adressées par la population. Ces institutions, soit qu'elles gèrent des établissements, soit qu'il s'agisse de professions, bénéficient de privilèges divers, mais ont le devoir d'assister les personnes en péril par la délivrance d'actes professionnels et d'aide matérielle de leur ressort.

Les lois hospitalières avaient autrefois tendance à donner la priorité à l'hébergement des malades graves plutôt qu'au traitement des maladies courantes, ce qui a gêné le développement des consultations externes et des activités préventives et de réadaptation. De nos jours, dans de nombreux pays, la loi impose aux établissements de donner des soins de santé à toute la population, y compris l'hébergement éventuel des malades. Cette nouvelle orientation permet l'intégration des centres de diagnostic, centres de santé avec lits, dispensaires de soins et de prévention, etc. dans le système hospitalier. Outre leurs fonctions dans le domaine des soins,

ces établissements peuvent donc participer activement à la prévention et à la réadaptation, ainsi qu'à l'organisation de services de soins ambulatoires et à domicile. La loi doit préciser ces fonctions dans son préambule et dans son premier chapitre.

Section 2 : Statut juridique et classement des établissements

a) Statut juridique

Les différentes catégories d'établissements sont définies par la loi qui reconnaît l'existence :

- 1) D'hôpitaux publics, dont le statut juridique peut être celui d'établissements appartenant à l'Etat ou aux autorités publiques de région, de district ou de collectivité locale. Il est aussi possible que les hôpitaux publics appartiennent à des personnes morales indépendantes des autorités publiques proprement dites, mais rendues responsables du service public. C'est le cas dans la plupart des pays latins. Dans de nombreux pays, tous les hôpitaux publics ne sont pas gérés sous la tutelle du ministère de la santé. Certains établissements appartiennent à d'autres ministères, comme ceux de la défense nationale, des transports (hôpitaux pour les employés des chemins de fer), du travail et de la sécurité sociale (gouvernementale ou paragouvernementale), de la justice (hôpitaux et sanatoriums pour prisonniers) et de l'éducation (hôpitaux universitaires à statut public ou paragouvernemental), etc.
- 2) D'hôpitaux privés bénévoles qui sont la propriété d'organisations privées, soit religieuses, soit laïques. Les établissements des caisses d'assurance-maladie appartiennent le plus souvent à ce groupe. Ces établissements doivent accepter un contrôle gouvernemental de leur budget et de leur personnel pour garantir leur caractère bénévole. Les bénéfices éventuels de gestion doivent être investis dans des modernisations et des améliorations profitant à la population. Les pouvoirs publics peuvent confier à ces établissements les soins aux indigents et en couvrir les frais comme dans les hôpitaux publics.
- 3) D'hôpitaux privés commerciaux qui possèdent, selon les régimes politiques en vigueur, une plus grande liberté d'action que les établissements publics. Cependant, la nécessité de coordonner leur action avec celle des autres établissements a pour conséquence un certain degré de contrôle des autorités publiques. Ce contrôle a tendance à se renforcer quand le gouvernement participe financièrement aux soins donnés aux indigents. Il peut être délégué aux organismes d'assurance-maladie (mutuelles privées ou régimes plus ou moins étatisés de sécurité sociale), qui utilisent ces établissements privés pour les soins donnés à leurs affiliés. De plus, le souci de la sécurité des malades et de la qualité des soins conduit le législateur à imposer des conditions techniques d'agrément et des normes portant sur la construction, l'équipement et le personnel. Les établissements privés commerciaux doivent donc être mentionnés dans les articles de la loi.

b) Classement

Le classement des établissements doit être fondé sur les fonctions qu'ils sont appelés à remplir. La loi définit donc ces fonctions et prévoit un classement qui est le plus souvent conforme aux concepts de régionalisation.

- 1) Les hôpitaux régionaux possèdent des départements hautement spécialisés pour les malades provenant de régions peuplées de un à plusieurs millions d'habitants. Ils desservent la communauté dans laquelle ils se trouvent et reçoivent également dans leurs services spécialisés les malades adressés par les hôpitaux intermédiaires et locaux.¹
- 2) Les hôpitaux intermédiaires ou de district assurent les soins généraux et de spécialités courantes à la majorité des malades habitant des unités géographiques de 50 000 à 300 000 habitants.

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 122, 1957 (Rôle des hôpitaux dans les programmes de protection sanitaire de la collectivité : premier rapport du Comité d'experts de l'Organisation des Soins médicaux).

- 3) Les hôpitaux locaux ne possèdent pas tous les départements et se limitent généralement à l'exercice de la médecine générale et de l'obstétrique.
- 4) Les hôpitaux spéciaux, pour la pédiatrie, la tuberculose, les maladies mentales, les maladies contagieuses, la réadaptation, les maladies de longue durée, etc.
- 5) Les consultations externes attachées à toutes les catégories précédentes.
- 6) Les établissements périphériques de soins médicaux de base, tels que les centres de santé, les dispensaires, etc.

Ce classement nécessite un inventaire préalable et détaillé de tout le système de soins médicaux et l'établissement de statistiques de fonctionnement obligatoirement transmises périodiquement au gouvernement central. L'obligation de l'inventaire et des statistiques doit être incluse dans la loi.

Section 3 : Administration des établissements

Le concept de régionalisation des établissements de soins de santé s'étend non seulement aux fonctions qu'ils doivent assumer, et donc à leur équipement technique et à leur personnel, mais aussi à leur administration. C'est souvent à ce niveau que le premier stade du programme est élaboré. Dans tous les cas, c'est l'administration locale qui rassemble les données de base et qui prend en compte les désirs et les réactions de la population. Le planificateur et l'architecte auront donc à travailler avec les administrateurs sanitaires ou hospitaliers. D'une façon schématique, on peut distinguer deux types d'administration hospitalière.

1) Le premier type est caractérisé par une administration dirigée par un directeur responsable devant les autorités gouvernementales ou les autorités privées propriétaires de l'établissement. Ce directeur peut être un médecin chargé ou non de fonctions cliniques, ou un administrateur non médecin. Dans certains pays, il existe une double direction : le médecin directeur est responsable des affaires médicales et le directeur administratif s'occupe de la préparation du budget, de la comptabilité, du personnel, de l'entretien, des travaux et des marchés. Il arrive même que la direction soit collégiale et que, en plus des deux directeurs cités ci-dessus, on ait une directrice des soins infirmiers, un pharmacien-chef et un chef des services économiques situés sur le même plan hiérarchique.

2) Le deuxième type est caractérisé par l'existence d'un conseil d'administration qui agit comme une personne morale et qui est représenté par son président. Le ou les directeurs de l'établissement sont responsables devant ce conseil, où ils jouent le rôle de rapporteur et de secrétaire. La direction est permanente et prend des décisions journalièrement, mais doit rendre compte de son action à chaque réunion périodique du conseil.

Les établissements périphériques sont le plus souvent dirigés directement par l'autorité sanitaire, à l'exception des établissements privés bénévoles.

Section 4 : Personnels des établissements

La planification du personnel est une des tâches essentielles des autorités sanitaires. Elle comporte les problèmes de recrutement, de formation, de perfectionnement, de nomination et de promotion, qui ont des répercussions, à des degrés divers, sur les structures des établissements.

Le personnel des établissements de soins médicaux comprend :

- 1) le directeur administratif et ses assistants chargés de l'économat, de la comptabilité, du personnel et du budget;
- 2) les médecins de différentes disciplines, internistes, chirurgiens, gynécologues-accoucheurs, pédiatres et autres spécialistes; ces médecins peuvent être les chefs de départements cliniques ou des adjoints, des assistants, des internes, des résidents, etc.

Ils peuvent être présents à plein temps ou à temps partiel. Certains peuvent s'occuper exclusivement des malades hospitalisés, tandis que d'autres se consacrent aux malades ambulatoires et éventuellement aux examens préventifs;

- 3) des biologistes, des pharmaciens, des dentistes, de formation universitaire, avec les mêmes modalités de fonction et d'emploi que les médecins;
- 4) des ingénieurs hospitaliers et sanitaires;
- 5) le cadre des infirmiers, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes et rééducateurs, techniciens de laboratoire, de radiologie et de pharmacie, etc., titulaires de diplômes délivrés par des écoles professionnelles indépendantes ou attachées aux établissements, ou dépendant des universités, selon les pays;
- 6) les auxiliaires non diplômés, mais ayant reçu une formation spécialisée;
- 7) le personnel des services généraux : cuisine, buanderie, nettoyage et désinfection, ateliers, ambulances, morgue, animalerie, jardins, etc.

Les problèmes législatifs qui concernent le personnel sont les suivants :

- a) La qualification, c'est-à-dire la possession d'un diplôme ou d'un certificat reconnu par les autorités. Il est fréquent que des institutions bénévoles d'enseignement, ou même des écoles privées, décernent des diplômes de valeur variable. La tendance générale est à l'élaboration de programmes d'enseignement par le gouvernement et à l'organisation d'examens et de concours nationaux pour la délivrance des diplômes et des certificats. Cette responsabilité peut incomber au ministère de l'éducation nationale ou au ministère de la santé.
- b) La nomination du personnel est un point qui se prête à une grande variété de solutions. Elle peut être décidée au niveau central dans les pays où la concentration des pouvoirs exécutifs est forte. Elle peut être confiée aux autorités régionales ou locales, et même aux conseils d'administration des établissements. Toutefois, dans la plupart des cas, la législation impose des normes en ce qui concerne la valeur des diplômes et certificats ainsi que les différentes conditions d'exercice (âge, période de probation, capacités physiques et mentales, engagement de servir pendant une certaine durée, obligations militaires et judiciaires, etc.). Ces normes diffèrent naturellement selon la qualification et les fonctions des catégories de personnel. Enfin, l'administration centrale peut se réserver les pouvoirs de nomination des directeurs des établissements et des médecins-chefs; elle peut déléguer ses pouvoirs aux autorités régionales ou locales pour les autres catégories de personnel. En général, les pharmaciens et les biologistes non médecins sont soumis à un statut analogue à celui des médecins.
- c) La promotion et l'avancement, les statuts d'agents des collectivités locales ou de l'Etat, les problèmes de retraite et de congés sont souvent régis par des textes réglementaires communs à l'ensemble de la fonction publique, de façon à harmoniser les carrières et les conditions de travail et de rémunération entre les différents secteurs de l'administration générale.

Les établissements privés n'échappent pas à toutes ces contraintes législatives et administratives. Certes, les nominations sont décidées par les autorités privées qui possèdent et gèrent les établissements, mais elles doivent respecter des normes comparables à celles qui régissent les établissements publics, surtout en ce qui concerne la qualification des candidats. En effet, le législateur, tout en respectant le caractère privé de ces établissements, doit garantir la sécurité des malades.

Section 5 : Financement

Le financement des institutions de soins médicaux est un problème très complexe qui a un tel retentissement sur le budget des familles, sur l'efficacité des établissements, sur le niveau de vie de la profession médicale et sur le budget des autorités publiques qu'il devrait être au centre des préoccupations du gouvernement. Il convient, pour situer son importance, de citer quelques chiffres moyens qui sont valables pour beaucoup de pays avec des variations de 25 à 30 % en plus ou en moins.

L'ensemble des dépenses de santé correspond à 6 % du produit national brut (PNB). Environ 20 % des dépenses de santé (soit 1,2 % du PNB) vont à la prévention primaire, à la formation du personnel sanitaire et aux autres dépenses à la charge du gouvernement, notamment les investissements en capital, alors que les soins médicaux, tels qu'ils sont définis plus haut, en absorbent 80 %, soit 4,8 % du PNB. Les dépenses globales des établissements de soins hospitaliers correspondent à 50 % de cette dernière catégorie de dépenses (soit 2,4 % du PNB), tandis que les soins ambulatoires et à domicile délivrés par les médecins praticiens et les spécialistes en dehors de ces hôpitaux représentent 25 % (soit 1,2 % du PNB). Le reste, soit 25 % ou 1,2 % du PNB, représente les dépenses pour produits pharmaceutiques, prothèses, soins dentaires et autres dépenses extra-hospitalières.

Comment ces dépenses, qui pèsent tous les ans plus lourd sur le revenu national, sont-elles couvertes ? On observe les plus grandes différences selon les pays. Dans ceux qui ont instauré un service national de santé, le budget de l'Etat prend en charge la plus grande partie des dépenses, qui sont donc couvertes par le produit de l'impôt général. Dans d'autres pays, les dépenses hospitalières sont couvertes en grande partie par les impôts perçus par les autorités locales. Dans beaucoup de pays, le budget de l'Etat et celui des autorités locales ne couvrent que les dépenses de prévention primaire, les soins donnés aux indigents et une partie des frais de construction et d'équipement lourd (investissement en capital). Le reste est payé par la population, soit directement, soit par l'intermédiaire de systèmes variés de prépaiement fondés sur un prélèvement sur les salaires des travailleurs effectué par des mutuelles privées, des caisses d'assurance-maladie ou tout autre système de sécurité sociale.

Il est évident qu'un mécanisme aussi compliqué, qui a été simplifié à l'extrême dans l'exposé qui précède, nécessite un cadre législatif, lequel comporte trois aspects :

- a) Les institutions de soins médicaux doivent suivre des règles comptables identiques, quelle que soit leur nature, pour calculer leur budget et le décomposer en chapitres permettant aux organismes financiers de contrôle (Etat ou assurance sociale) d'établir des comparaisons entre établissements.
- b) L'approbation des budgets et le contrôle des dépenses doivent être fixés par des textes réglementaires pour permettre aux organismes payeurs de planifier et de contrôler leur participation.
- c) Les organismes payeurs doivent être tenus par des textes réglementaires de payer leur quote-part selon des modalités portant sur les pièces comptables à fournir, sur les délais maximaux autorisés, sur le mode de versement, etc.

Dans les pays qui possèdent un service national de santé, la source de financement des établissements publics est unique, même si ces établissements remplissent des fonctions complexes, à la fois curatives et préventives. Le système du budget annuel est en usage, même si, pour des raisons de contrôle et de comparaisons, on calcule un prix moyen de journée. Mais, dans les pays où une partie seulement du financement provient du gouvernement, les sources de fonds sont multiples. Les principales sont : les autorités locales, les caisses d'assurance-maladie et les mutuelles, les entreprises, les assurances-accidents, l'Etat et ses administrations et, finalement, les malades privés qui peuvent acquitter soit une participation complémentaire au versement de leur assurance (ticket modérateur), soit la somme intégrale des frais encourus s'ils appartiennent à une classe sociale non assurée et non indigente. Dans ce cas, le budget annuel de fonctionnement continue à être calculé, mais la facturation des dépenses peut se faire de différentes façons : prix de journée global, ou prix de l'hospitalisation séparé du coût des services techniques et des honoraires médicaux. De plus, si l'établissement est chargé de pratiquer des actes préventifs ou abrite des activités d'hygiène et de prévention primaire, il peut percevoir des frais de location et les sources financières se multiplient.

Enfin, des textes réglementaires doivent préciser si des chapitres spéciaux du budget, tels que le fonds de roulement, l'amortissement des dépenses en capital, la location de certains locaux, le remboursement d'emprunts éventuels, les ressources ou dépenses des biens de dotation, les dons et legs, doivent être ou non inclus dans la facturation du prix de journée présentée aux organismes payeurs.

Dans la présente section, on a insisté sur le financement des établissements eux-mêmes en se limitant aux frais de fonctionnement, mais il convient de ne pas négliger deux autres aspects : les dépenses en capital et les règles financières qui doivent présider à la perception d'honoraires par les membres des professions médicales et apparentées.

Les dépenses en capital sont habituellement partagées en deux chapitres :

- les dépenses de grosses réparations et d'équipement;
- les dépenses de construction, de modernisation et de modifications importantes qui s'échelonnent sur plusieurs années.

La première catégorie de dépenses peut être incluse dans le budget annuel, car elle est habituellement payée en une fois et au cours d'un seul exercice budgétaire. Mais elle peut faire l'objet d'une subvention de l'Etat. Dans beaucoup de pays en développement, les travaux sont effectués directement par le ministère des travaux publics et ne sont pas comptabilisés. Cette pratique est contraire à l'orthodoxie financière et devrait faire l'objet de dispositions réglementaires.

La seconde catégorie de dépenses correspond à des travaux qui peuvent durer plusieurs années et être amortis en trente ou cinquante ans ou même davantage. Comme pour le financement des dépenses de fonctionnement, il existe une grande variété de solutions. Une subvention de l'Etat peut couvrir la totalité des dépenses. Dans d'autres cas, la subvention est partielle et l'établissement doit chercher le complément, soit par emprunt auprès de banques ou de caisses d'assurance sociale, soit par les revenus de biens ou de dons. Le remboursement des emprunts et de leurs intérêts est habituellement compris dans le budget annuel, donc dans le prix de journée. Quelle que soit la solution adoptée, on conçoit que des dispositions réglementaires soient nécessaires.

Les honoraires médicaux soulèvent d'autres problèmes, car les médecins et membres de professions apparentées (pharmaciens, biologistes et dentistes) peuvent exercer, soit individuellement à titre privé, soit en groupe, soit dans le cadre d'établissements publics.

En règle générale, le gouvernement n'exerce pas de contrôle sur le financement des soins donnés à titre privé. Mais les caisses d'assurance-maladie veulent éviter à leurs ressortissants d'acquiescer des honoraires très supérieurs aux sommes que les caisses acceptent de prendre en charge. Elles ont donc tendance à recruter un personnel sanitaire salarié qui ne prélève pas d'honoraires pour les soins donnés aux malades assurés. Ce système présente des inconvénients, car il mène à des conflits avec la profession médicale. Mais, lorsque la quasi-totalité de la population est couverte par l'assurance-maladie, la solution généralement adoptée est celle de l'institution de conventions entre les caisses, d'une part, et l'ensemble du corps médical, d'autre part, chacun des deux interlocuteurs étant considéré comme une institution ou une personne morale. Dans ce cas, le gouvernement est appelé à jouer un rôle d'arbitre et de médiateur en cas de conflit. Cette évolution nécessite l'insertion de dispositions réglementaires dans les textes législatifs relatifs au financement des institutions sanitaires. L'expérience a en effet montré qu'il y avait intérêt à harmoniser la rémunération des médecins du secteur public et du secteur privé, afin d'éviter que ce dernier n'attire les meilleurs éléments au détriment du premier.

Section 6 : Relations des institutions de soins médicaux avec les autres institutions sanitaires et sociales

Les institutions de soins médicaux, qu'il s'agisse d'établissements hospitaliers ou des professions médicales ou apparentées, ne peuvent manquer d'avoir des relations avec les autres institutions sanitaires et sociales. Il est évident que la structure des établissements de soins est profondément influencée par le degré d'intégration et la nature des relations entre les hôpitaux et les autres institutions sanitaires.

a) Services préventifs

Il a été suffisamment souligné que, dans l'état actuel des procédés de diagnostic, la prévention secondaire et la médecine curative ne pouvaient plus être séparées. Mais il reste le domaine de la prévention primaire, qui emploie des méthodes différentes (contrôle de l'environnement) et qui s'adresse à des collectivités (vaccinations). Ce domaine est d'une importance primordiale dans les pays en développement, mais le personnel et le matériel sont souvent abrités dans les établissements de soins médicaux, surtout au niveau local. Il est donc important que des textes réglementaires prévoient la possibilité pour les hôpitaux et centres de soins médicaux ambulatoires de réserver quelques salles pour le personnel des services préventifs (épidémiologistes, agents et ingénieurs sanitaires) ainsi que pour leur documentation et leur matériel.

b) L'enseignement de la médecine et des activités associées

Cette formation utilise largement les établissements de soins médicaux. Dans certains pays, la formation professionnelle des médecins, infirmiers et infirmières, techniciens sanitaires et autres catégories de personnel est placée sous la responsabilité directe du ministère de la santé. Il n'y a, dans ces cas, aucune difficulté pour les établissements à inclure dans le programme de construction des amphithéâtres, des salles de démonstration et des laboratoires d'enseignement, dont les frais de construction, d'entretien et de fonctionnement sont inclus dans le budget alloué à l'établissement. Il en est de même pour le personnel, qui partage son activité entre les soins médicaux et l'enseignement.

Dans d'autres pays, au contraire, l'éducation et la formation universitaires des professions sanitaires sont placées sous la tutelle du ministère de l'éducation nationale. Il peut arriver que ce ministère, ou les universités qui en dépendent, créent et gèrent eux-mêmes les hôpitaux universitaires. Cette solution présente des inconvénients sérieux, en particulier celui de priver le système hospitalier général de ses éléments les plus efficaces et les plus spécialisés. Dans les grandes villes, l'hôpital universitaire et les autres hôpitaux généraux dépendent alors de deux autorités publiques différentes et leur personnel n'a pas le même statut. Enfin, l'enseignement clinique risque de ne porter que sur des cas spéciaux et rares, à moins que les hôpitaux universitaires puissent être affiliés à des services de soins ambulatoires et à des centres de santé. La situation des écoles d'infirmières et de sages-femmes est parfois ambiguë : elles peuvent dépendre soit de l'université, soit des hôpitaux, encore qu'il semble généralement admis que seul l'enseignement supérieur des infirmières de haut grade soit placé dans le cadre universitaire.

D'autres pays, enfin, mettent tous les établissements de soins médicaux, y compris ceux où se délivre l'enseignement de la médecine, sous la tutelle du ministère de la santé. Une convention avec l'université et le ministère de l'éducation nationale permet l'utilisation, non seulement des hôpitaux régionaux, mais aussi des hôpitaux intermédiaires et locaux, ainsi que des centres de santé et des cabinets de groupe, pour l'éducation et la formation professionnelle, moyennant des dispositions précises qui doivent faire l'objet de textes réglementaires. Un des problèmes à résoudre est le statut des médecins hospitaliers qui ont aussi des fonctions d'enseignement. Afin d'éviter les difficultés d'une double carrière, il est recommandé d'établir une équivalence des titres entre, par exemple, les médecins-chefs et les professeurs, les assistants et les chargés de cours, etc.

Ces aspects de la législation ont leur place, soit dans le présent chapitre, soit dans celui qui est consacré au personnel.

c) Les établissements spécialisés et la recherche médicale

Il existe dans beaucoup de pays, y compris les pays en développement, des établissements spécialisés et des instituts de haut niveau, dont la vocation est de délivrer des soins médicaux particuliers et de poursuivre des travaux de recherche. Ces établissements ne font pas toujours partie de l'institution hospitalière. Il s'agit le plus souvent d'instituts du cancer ou de centres oncologiques, d'hôpitaux psychiatriques, d'établissements pour tuberculeux ou pour

lépreux, etc. Certaines initiatives personnelles peuvent même aboutir à la création d'établissements spéciaux pour la pédiatrie, la chirurgie cardio-vasculaire, l'ophtalmologie ou toute autre spécialité faisant partie des soins médicaux, mais pour laquelle le haut degré de spécialisation et l'importance de la recherche justifient la fondation d'instituts particuliers.

L'indépendance absolue et l'autonomie totale de ces instituts spécialisés devraient cependant être évitées pour deux raisons. La première est qu'il est difficile de coordonner l'activité de ces établissements avec les autres éléments de l'organisation des soins médicaux. Par exemple, l'existence d'un institut autonome du cancer dans une région ne signifie pas qu'il va suffire à soigner tous les cas de cancer et, en fait, ces cas seront en majorité diagnostiqués et traités dans les hôpitaux généraux. L'autonomie d'un tel établissement entraîne donc des doubles emplois en matériel et en personnel, ce qu'il faut éviter, surtout dans les pays en développement. La deuxième raison tient aux changements rapides dans l'importance relative de ces disciplines spécialisées. Le succès du traitement ambulatoire de la tuberculose a entraîné la reconversion des anciens sanatoriums en établissements de pneumologie, ou même en maisons de retraite pour invalides. Les conceptions nouvelles en psychiatrie ont pour conséquence une diminution considérable de la proportion des lits pour malades mentaux pour une population donnée, donc une faible utilisation des lits installés dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels. Or ces changements importants se sont produits en dix ans à peine dans les pays développés.

Il y a donc une tendance à éviter l'autonomie des établissements de soins médicaux et à prévoir leur coordination, voire leur intégration, en les englobant tous dans la législation concernant les soins médicaux. Dans ce domaine également, les problèmes de personnel, de financement et de planification poussent à l'intégration.

Le problème de la recherche médicale est particulièrement difficile à résoudre. D'une part, il est injuste d'inclure les dépenses consacrées à la recherche dans les budgets des établissements de soins médicaux et de les faire supporter par les malades ou par les assurances-maladie, dont ce n'est pas le rôle. D'autre part, la recherche médicale se poursuit non seulement dans les laboratoires des universités et des firmes pharmaceutiques, mais aussi dans tous les établissements de soins médicaux. La mise au point d'une nouvelle méthode thérapeutique impose des essais sur des malades admis dans de nombreux établissements. Dans les pays développés, la recherche est pratiquement divisée en deux parties : la recherche pure, qui est l'affaire des universités, et la recherche appliquée qui est celle des firmes pharmaceutiques et des hôpitaux. Mais cette dernière peut être subventionnée par les universités et par les firmes pharmaceutiques lorsque celles-ci sollicitent la collaboration des médecins hospitaliers. La nécessité de coordonner cet ensemble complexe et d'éviter que des projets de recherche similaires soient entrepris simultanément dans plusieurs départements qui s'ignorent mutuellement a conduit certains pays développés à créer un centre national de la recherche médicale, qui peut être autonome ou faire partie d'un centre de recherche scientifique. Si un tel centre est également chargé du contrôle des médicaments et d'autres tâches pratiques, les pays en développement peuvent en envisager la création à un stade précoce de leur organisation. Ici encore, des dispositions législatives sont nécessaires.

d) La sécurité sociale

Le rôle de la sécurité sociale dans le financement des institutions de soins médicaux a été souligné à plusieurs reprises. Il est inévitable qu'elle soit appelée à prendre une part importante dans la planification et le fonctionnement de ces services. Il faut cependant prendre conscience de la tendance naturelle des caisses de mutuelles ou d'assurance-maladie à organiser des services de soins médicaux destinés à leurs affiliés, puisque leur budget provient de cotisations prélevées sur les salaires de ces affiliés. Cependant, cette tendance comporte le danger de voir se développer un double système de soins médicaux, l'un pour les assurés, l'autre pour les indigents, qui sera en déséquilibre constant du fait même du développement économique qui fait augmenter le pourcentage de salariés. Il s'y ajoute la possibilité pour les caisses d'offrir des conditions de travail et de rémunération meilleures, ce qui réunit les conditions pour un "drainage" de cerveaux au détriment du secteur public.

Il est donc de la plus haute importance que la législation permette au gouvernement de coordonner le service d'assistance sociale et l'assurance sociale et de fixer les responsabilités

respectives dans le financement d'un système unique de soins médicaux. Le principe est d'interdire aux caisses de constituer un système indépendant et d'obtenir leur participation financière pour les soins donnés à leurs affiliés dans des établissements publics ou privés, mais faisant partie d'un système coordonné, planifié et contrôlé par l'Etat. Que le confort offert aux assurés sociaux soit meilleur que celui des indigents est une question secondaire, qui se règle par voie de conventions et par l'individualisation de départements réservés.

Il convient d'ailleurs de remarquer que la sécurité sociale n'est pas une étape obligatoire dans le développement des services sociaux d'une nation. D'une part, un gouvernement peut édifier dès le début un service national de santé couvrant tous les citoyens et finançant toutes les dépenses de soins médicaux grâce à l'impôt général et aux impôts locaux. D'autre part, ce service national de santé peut constituer le stade ultime d'une évolution qui commence par la création de mutuelles locales, se poursuit par leur fusion et leur extension à toutes les catégories de salariés et même aux travailleurs indépendants, et s'achève par la couverture de toute la population. De toute façon, une législation est nécessaire pour guider cette évolution et en définir les étapes successives. Des textes réglementaires peuvent préciser le pourcentage du budget annuel ou du prix de journée d'hôpital que les caisses d'assurance-maladie sont tenues de prendre en charge, les modalités du contrôle de la durée de séjour et de la qualité des soins, la rémunération des médecins et d'autres questions subsidiaires.

Section 7 : La planification des institutions et établissements de soins médicaux

La planification des services de santé comporte deux aspects : la planification systémique, qui concerne la structure des institutions et de leurs administrations, et la planification physique, qui a trait à l'architecture, à l'urbanisme et à la conception technique des établissements.

a) La planification systémique¹

Cette opération relève de la responsabilité des autorités centrales, qui doivent décider de la façon d'appliquer le concept de régionalisation, de la distribution des établissements sur le territoire, du nombre de lits, de l'activité des services de soins ambulatoires et de prévention, de l'importance des services de réadaptation, du personnel nécessaire, du coût de construction, des dépenses prévisibles de fonctionnement et des moyens de financement. Cette planification comprend une série d'études qui correspondent aux étapes nécessaires pour qu'elle soit pratique et efficace :

- 1) inventaire des institutions existantes, avec le nombre d'établissements, le nombre de lits par discipline, le nombre et les caractéristiques des appareils importants, les personnels de diverses catégories, les budgets de fonctionnement, etc.;
- 2) les statistiques d'activité interne et d'utilisation par la population. Ces statistiques comportent deux aspects complémentaires : d'une part, l'activité des départements cliniques et de soins ambulatoires ainsi que celle des services médico-techniques et, d'autre part, l'utilisation que la population desservie fait de ces services, généralement exprimée en indices : admissions ou sorties par mille habitants et par an, journées d'hôpital par habitant, contacts ou consultations par an et par habitant (avec une distinction entre premières consultations et consultations subséquentes);
- 3) études de morbidité et de mortalité, qui servent à définir les priorités et les grandes lignes de la politique sanitaire;
- 4) avis des autorités régionales et locales, qui expriment les besoins ressentis par les différents groupes de population.

1

Cette expression désigne l'analyse, la structuration et l'évaluation de systèmes composés d'institutions et d'établissements.

Ces études doivent être faites pour chaque pays, et même pour chaque région d'un même pays, car il est très difficile d'appliquer dans un lieu donné les résultats obtenus ailleurs. Ainsi, des études récentes montrent que, dans les pays dont le développement économique est encore modeste, ce sont les adultes qui demandent des soins médicaux pour des accidents et maladies aiguës et généralement graves. Les enfants malades et les vieillards sont rarement hospitalisés, soit parce qu'on méconnaît la gravité de leur état, soit parce que les délais d'admission à l'hôpital sont trop longs, soit parce que les populations, surtout rurales, sont traditionnellement résignées à un taux élevé de mortalité dans ces groupes d'âge. Au contraire, dans les pays développés, les grands consommateurs de soins sont les enfants de moins d'un an et les personnes âgées de plus de soixante ans. Il est évident que la planification systémique doit tenir compte de ces faits et les prévoir en fonction de l'évolution du niveau de vie et des conditions économiques qui entraînent des modifications profondes dans la structure du système de soins médicaux.

La réadaptation médicale et professionnelle acquiert une importance variable selon les pays, car elle dépend de la situation de l'emploi. Les pays où la main-d'oeuvre est rare prêtent plus d'attention à la réadaptation des blessés et des accidentés du travail que ceux où une proportion élevée de chômeurs est prête à combler les vides créés par les invalidités.

b) La planification physique

Elle découle de l'application concrète de la définition des fonctions locales, intermédiaires, régionales ou spécialisées dont il a été question dans la section 2 du deuxième chapitre. L'établissement de plans architecturaux et de projets d'engineering doit être précédé pour chaque établissement important d'une étude portant sur la programmation fonctionnelle. Cette étude définit la place de l'établissement dans le cadre régional, ainsi que les fonctions de ses parties principales : départements de médecine interne, de chirurgie, d'obstétrique, de pédiatrie, de spécialités, de services médico-techniques (bloc opératoire, radiologie, laboratoire), services centraux (cuisine, buanderie, désinfection, etc.).

Des textes réglementaires doivent obliger la direction et le conseil d'administration - quand il existe - à rédiger et à faire approuver par les autorités de tutelle un programme fonctionnel qui constitue le document de base servant à l'architecte pour préparer les différentes étapes de son projet : plan-masse, avant-projet, projet définitif, plans d'exécution à grande échelle. Chaque étape doit être approuvée, afin d'éviter que des plans détaillés particulièrement coûteux à établir soient refusés au dernier moment.

Le programme fonctionnel est un document écrit accompagné éventuellement de schémas montrant les relations entre les différentes parties de l'hôpital ou du centre de santé. Mais il ne doit pas contenir de plans spatiaux qui seraient contraignants pour l'architecte. Le plan-masse est la traduction optimale du programme dans l'espace, compte tenu du terrain disponible et de l'orientation par rapport aux conditions climatiques. L'avant-projet est un plan à petite échelle comportant les grandes lignes de l'aménagement intérieur. Le projet définitif ainsi que les plans d'exécution fixent tous les détails que l'entrepreneur doit exécuter.

L'établissement des programmes et des plans est la responsabilité des propriétaires de l'établissement, donc d'institutions publiques, locales, régionales ou nationales, ou encore privées, charitables ou commerciales. Dans certains pays, ce sont les services gouvernementaux qui exécutent ces travaux.

Dans tous les cas, la diffusion de normes et de conditions techniques d'agrément, applicables à tous les établissements qui jouent un rôle, même marginal dans la politique de santé, est d'une grande importance pour guider les responsables de la rédaction du programme et des plans. Ces normes et ces conditions techniques d'agrément peuvent être soit simplement indicatives, soit obligatoires, selon les régimes administratifs en vigueur.

Le gouvernement peut aller plus loin et estimer, sans que ceci soit obligatoire, qu'il y a intérêt à diffuser des plans types de petits hôpitaux et centres de santé locaux, qui pourraient ainsi être construits en série sans que chacun d'eux fasse l'objet d'une étude architecturale individuelle. En ce qui concerne les grands établissements, les contraintes dues à

la dimension du terrain, à son orientation, à sa situation dans l'agglomération, ainsi que les différentes catégories de fonctions à remplir, rendent très difficile la détermination de plans types. Mais plusieurs pays développés ont adopté des documents publiés par le ministère de la santé, qui proposent des plans types et des schémas types pour les éléments constitutifs principaux des grands hôpitaux, tels que le département clinique d'hospitalisation, les consultations externes, le bloc opératoire, etc. Les subventions du gouvernement peuvent être subordonnées à la façon dont l'architecte et l'ingénieur se sont inspirés des normes et plans types officiels.

L'importance de ces plans types d'éléments de grands hôpitaux et de plans standards pour les petits hôpitaux a augmenté depuis que l'industrie produit des pièces d'équipement et du mobilier de dimension normalisée. C'est le cas pour les lits de malades, les paillasses de laboratoire, les appareils de radiologie et d'autres instruments qui trouvent facilement leur place dans des locaux construits selon un module de base qui est, par exemple, 0,60 ou 1,20 mètre. Il est reconnu que l'architecture modulaire conduit à des réalisations moins coûteuses et surtout plus faciles à adapter à de nouveaux besoins et à des modifications de fonctions des différents locaux. Certes, beaucoup de pays en développement ne possèdent pas un programme de construction et des industries assez importantes pour justifier la préfabrication d'éléments de construction. Mais le principe de la modulation, c'est-à-dire l'adoption d'une unité de mesure unique pour tout le bâtiment, peut être appliqué avec les moyens locaux et les procédés traditionnels de construction. L'avantage de l'adaptabilité subsiste et constitue un argument majeur en sa faveur.

Enfin, la législation doit préciser le processus administratif et technique de préparation et d'approbation des projets, depuis le plan-masse initial jusqu'aux plans d'exécution, en passant par l'avant-projet et les plans à échelle intermédiaire. Ces plans doivent bien entendu être accompagnés de devis descriptifs et estimatifs, c'est-à-dire de documents expliquant, d'une part, les procédés de construction et la nature des matériaux employés et, d'autre part, le coût de construction de chaque partie du projet. Dans ce domaine également le gouvernement peut diffuser des cahiers des charges types, de façon à maintenir le coût des réalisations dans les limites prévues par les plans à long terme. Quand le nombre de projets de construction sanitaire est suffisamment important, il est fortement recommandé que le service gouvernemental chargé du contrôle et, éventuellement de la préparation des programmes fonctionnels des plans, soit placé à l'intérieur du ministère de la santé et soit considéré comme un de ses services spécialisés.

Section 8 : La profession médicale

Dans les pays développés, la profession médicale est une institution qui doit être, comme beaucoup d'autres, protégée et organisée par une législation adéquate. Les pays en développement qui possèdent des écoles ou facultés de médecine et dont le nombre de médecins augmente rapidement ont à faire face aux mêmes problèmes.

Il y a des pays où la profession médicale s'est organisée elle-même et règle ses propres problèmes sans l'intervention de l'Etat. Il s'agit de systèmes corporatifs qui prennent la forme d'associations ou de fédérations nationales, de syndicats professionnels ou d'"ordres". Cependant, il est inévitable que plusieurs points de contact existent entre la profession médicale et les autorités gouvernementales et sociales.

a) Existence de médecines parallèles

Le corps médical exige le plus souvent le droit exclusif de pratiquer les actes diagnostiques et thérapeutiques et souhaite que ce droit soit retiré aux guérisseurs et praticiens traditionnels qui n'ont pas le diplôme d'Etat de docteur en médecine d'une école ou d'une faculté reconnue par le gouvernement. Une loi est donc nécessaire pour conférer ce privilège aux médecins diplômés. Cependant, il est inévitable que certains actes diagnostiques et thérapeutiques soient effectués par des assistants, des auxiliaires, des infirmières ou des sages-femmes. Ce problème existe dans tous les pays, mais particulièrement dans les pays en développement. Les textes réglementaires doivent donc préciser les actes qui peuvent être pratiqués par les membres

des professions associées, soit sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin, soit de façon indépendante. Dans la plupart des cas, il s'agit de soins ambulatoires dans des établissements périphériques.

Dans de nombreux pays en développement, le statut des praticiens de médecine traditionnelle n'est pas fixé avec précision et il peut en résulter des décisions arbitraires et contradictoires. Quand le nombre de médecins est nettement insuffisant et que les praticiens de médecine traditionnelle exercent un art pré-scientifique qui leur a été enseigné, le statut et les fonctions de ces praticiens devraient être précisés et leur intégration progressive comme auxiliaires sanitaires peut être envisagée par des textes réglementaires. Cependant, ils doivent avoir reçu une brève formation en santé publique.

b) Conditions d'exercice de la médecine

Il existe des règles morales qui régissent l'exercice de la médecine, que ce soit pour les relations entre médecins et malades ou entre médecins, dans l'intérêt des malades et de la dignité de la profession. Ces règles doivent permettre de résoudre les conflits qui peuvent surgir avec les malades ou entre médecins ainsi que des rapports avec les autorités publiques et la sécurité sociale. Dans plusieurs pays développés, ces règles sont codifiées sous la forme d'un "code de déontologie". Cette loi concerne essentiellement :

- 1) les relations entre médecins, y compris la possibilité d'associations pour former des cabinets de groupe;
- 2) les problèmes liés au secret médical, à la liberté de choix du médecin et du malade, à la liberté thérapeutique et aux relations financières;
- 3) la qualification des spécialistes et l'étendue de leurs activités.

c) Le corps médical et l'institution hospitalière

Cette question a été examinée dans un chapitre précédent. Cependant, trois aspects particuliers peuvent se présenter :

- 1) la possibilité pour les médecins hospitaliers à temps plein de conserver une activité privée partielle, soit en dehors des heures de travail, soit dans des chambres de l'hôpital réservées aux malades privés et payants;
- 2) la possibilité d'exercer à l'hôpital à temps partiel, comme assistant, comme médecin-chef ou comme spécialiste consultant;
- 3) la participation des médecins à la médecine préventive, ce qui suppose leur rémunération par les pouvoirs publics et un aménagement du secret médical pour permettre l'établissement des statistiques sanitaires indispensables à la planification.

Section 9 : Les professions sanitaires associées

Des problèmes comparables se posent au sujet de la profession d'infirmière, des médecins assistants et auxiliaires, des techniciens de laboratoire, d'électroradiologie et de kinésithérapie. Des textes réglementaires sont nécessaires pour assurer une répartition judicieuse du personnel et l'équilibre des statuts de ce personnel dans les différents établissements de soins médicaux, publics et privés.

4. ESSAI D'APPLICATION AUX PAYS EN DEVELOPPEMENT

Après avoir, dans un premier chapitre, analysé les circonstances dans lesquelles les institutions de soins médicaux se développent et les obstacles qu'elles peuvent rencontrer, et après avoir, dans le troisième chapitre, tracé les lignes directrices d'une législation théorique concernant les soins médicaux, il reste à examiner quelles sont les étapes que les pays en développement ont à franchir pour se doter d'un cadre législatif et administratif efficace.

Il convient de rappeler une condition primordiale, à savoir qu'on ne doit promulguer une législation que si l'on a les moyens de l'appliquer. Etant donné la faiblesse initiale des cadres administratifs dans beaucoup de pays en développement, l'élaboration par étapes successives de la législation est une nécessité.

Caractère constitutionnel de la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique

La constitution sert de référence à tous les textes législatifs qui doivent être conformes aux principes qui y sont énoncés. Certaines constitutions ne mentionnent pas le droit du citoyen à la protection et à la promotion de la santé, mais d'autres posent le principe de la responsabilité de l'Etat en matière d'organisation des services de santé et de protection sociale, ce qui assure une base juridique solide aux lois et décrets préparés par le ministère de la santé en matière de soins médicaux.

Outre le principe de la responsabilité de l'Etat, il est souhaitable que la constitution confie à l'Etat l'organisation et la planification des institutions de santé publique, tout en permettant le transfert éventuel de ces opérations à des organismes spéciaux.

Promulgation d'une loi-cadre¹

Aussi longtemps que les pays en développement ne peuvent constituer un potentiel suffisant pour assurer des soins médicaux à la majorité de la population, il est inutile de promulguer des textes législatifs détaillés qui ne pourraient pas être appliqués avant plusieurs décennies. Mais, pour éviter le développement anarchique et incoordonné qui risque de se produire en dehors de toute législation, une loi-cadre doit être promulguée le plus tôt possible.

On prendra d'abord comme exemple un pays qui possède des hôpitaux publics directement gérés par le gouvernement central, quelques hôpitaux privés de nature diverse et un certain nombre de médecins. Mais le potentiel global ne dépasse pas un lit d'hôpital pour 1000 habitants et un médecin pour 5000. Il existe un ministère de la santé, qui a la responsabilité des services sanitaires, dont les attributions ne s'étendent ni à l'enseignement et à la formation du personnel médical, ni à l'assurance-maladie et aux problèmes du travail. Ce ministère est chargé de préparer et de soumettre aux autres ministères et au parlement une loi-cadre sur l'organisation des services de soins médicaux. Cette loi-cadre peut être un texte court se bornant à réglementer les points suivants.

a) Définition des deux principales institutions de soins médicaux : l'institution hospitalière et la profession médicale

C'est dans cette définition qu'on posera les principes suivants :

- 1) obligation des établissements et du corps médical de répondre aux demandes urgentes de soins médicaux;
- 2) intégration de la prévention secondaire, de la médecine curative et de la réadaptation au bénéfice des individus (soins médicaux personnels);
- 3) utilisation des locaux hospitaliers pour la prévention primaire et l'hygiène.

b) Affirmation de l'unicité du système des soins de santé

Ce système doit constituer un ensemble soumis à la planification et au contrôle du ministère de la santé. Il peut être composé de plusieurs secteurs : public, privé bénévole et privé commercial. Mais la création de chaque établissement et les fonctions qu'il doit remplir doivent être soumises pour approbation aux services gouvernementaux de la santé. La planification rationnelle du système de santé et ses rapports avec les autres secteurs sociaux et économiques sont

¹ Comme dans les chapitres précédents, le terme "loi-cadre" désigne la loi elle-même et ses décrets d'application.

essentiels pour l'élévation du niveau de vie et l'augmentation de la production. L'amélioration de l'approvisionnement en eau, des transports, de l'agriculture, de l'assainissement et de l'éducation a des conséquences directes sur le niveau de santé.

Un alinéa spécial peut être consacré aux établissements sanitaires du ministère de la défense et du ministère de la justice, dans lesquels sont respectivement soignés les militaires et les détenus. Bien que ces établissements soient le plus souvent placés sous la tutelle des ministères correspondants, cet alinéa peut prévoir la possibilité d'ériger des hôpitaux mixtes, civils et militaires, dont l'administration est organisée selon des conventions passées entre les autorités compétentes.

Il est très important d'affirmer l'unicité du système avant l'organisation de mutuelles et d'assurances-maladie importantes, afin d'éviter la création d'un réseau parallèle, dont les inconvénients ont été soulignés plus haut. Mais la rédaction peut se borner à affirmer la nécessité d'une autorisation préalable dans le cadre d'un plan général. Il arrive en effet que des caisses de mutuelles ou d'assurances-maladie possèdent dès le début des disponibilités financières qui leur permettraient d'investir dans des établissements de soins médicaux. Il serait donc regrettable de négliger cette possibilité, du moins sous certaines conditions. De plus, on peut envisager le cas d'un district minier ou fortement industrialisé, dont la majorité de la population est constituée d'ouvriers et d'employés avec leurs familles, lesquels sont couverts par une assurance-maladie organisée par les principales industries du secteur. Dans ce cas, la caisse d'assurance-maladie constituée en personne morale peut être autorisée à édifier et à gérer des établissements de soins médicaux pour ses affiliés. Une convention peut être établie avec les autorités sanitaires pour que la minorité de la population constituée par les artisans indépendants et les personnes non assurées vivant dans la région et ne travaillant pas directement pour les entreprises, soit admise dans les établissements de soins médicaux, à la charge du budget de l'assistance sociale gouvernementale lorsqu'il s'agit d'indigents.

Inversement, dans les districts où les travailleurs et employés régulièrement salariés et assurés sont en minorité, les établissements de soins médicaux sont organisés par les pouvoirs publics, mais ils doivent recevoir les assurés sociaux à la charge des caisses d'assurance-maladie. Exceptionnellement, les organismes d'assurance sociale peuvent être autorisés à construire et à gérer des établissements spéciaux tels que des centres de réadaptation médicale et professionnelle, qui constituent une priorité pour les secteurs industrialisés, par exemple les régions minières, les grands chantiers de construction, les centres d'industrie mécanique et électrique et le système ferroviaire. Mais ces cas particuliers doivent rester des exceptions, faire l'objet de décisions individuelles et ne pas constituer de précédents.

c) La structure de l'administration

Dans les pays en développement, il est souvent nécessaire de conserver un haut degré de concentration des pouvoirs exécutifs à l'échelon central, à cause du nombre restreint de fonctionnaires compétents à qui l'on peut déléguer des responsabilités. Mais cette situation est appelée à changer dans l'avenir quand un nombre croissant de fonctionnaires et d'administrateurs compétents auront été formés.

De toute façon, il est de la plus haute importance que la structure de l'administration sanitaire et des institutions de soins médicaux soit comparable à celle de l'administration générale. On observe souvent un manque de parallélisme entre l'organisation des services de santé et celle d'autres secteurs comme ceux de l'éducation ou de l'administration des collectivités locales. Le résultat en est que les services de santé n'ont que des relations verticales de la base au sommet, mais manquent de relations horizontales avec les représentants des autres secteurs socio-économiques du même niveau, soit local, soit régional. Dans ce cas, ils se trouvent devant un vide relatif qui compromet leur action et leur développement. Ce point est particulièrement important quand il s'agit de planification. Si un administrateur de services de soins médicaux se contente d'envoyer à l'autorité supérieure un dossier de développement de ses services sans avoir au préalable informé ses collègues placés au même niveau et obtenu une approbation au moins tacite, son dossier sera inévitablement confronté avec d'autres à un moment donné de leur examen par les autorités chargées du plan socio-économique et ne jouira peut-être pas de la priorité qu'il aurait méritée.

Il convient donc de calquer le schéma de l'administration hospitalière sur celui de l'administration générale, tout en dosant le degré de décentralisation des pouvoirs exécutifs en fonction des possibilités du moment. Dans certains pays dont la constitution a établi une structure fédérale, la décentralisation des pouvoirs au niveau des Etats fédérés est une nécessité constitutionnelle. Cependant, le ministère fédéral de la santé doit conserver le pouvoir de planification et de législation générale, appuyé sur des statistiques homogènes et comparables.

On peut décrire les stades suivants que peut franchir dans le temps l'administration des services de soins médicaux dans les pays en développement.

Premier stade. Les établissements hospitaliers publics doivent tous être placés sous la tutelle du ministère de la santé et celui-ci doit conserver les pouvoirs de contrôle et de gestion aussi longtemps que leur décentralisation n'est pratiquement pas possible. Cependant, le ministère doit recevoir des informations sur les demandes des régions et des districts, afin d'ajuster ses plans aux disparités régionales. C'est pourquoi il est important d'ériger le plus tôt possible des commissions régionales dotées d'un pouvoir consultatif, qui constitueront des échelons intermédiaires d'information entre les établissements locaux et le pouvoir central. Ces échanges d'information devraient s'effectuer dans les deux sens, de la base au sommet, sous forme de rapports et de propositions, et du sommet à la base sous forme d'instructions et de directives. A ce stade, des décrets ministériels attribueront donc des pouvoirs de contrôle et de décision à l'administration centrale et mettront en place des commissions régionales consultatives dont les avis seront obligatoirement pris en considération par le ministère pour l'élaboration du plan annuel (comportant la préparation du budget national) et des plans à long terme. La composition de ces commissions régionales variera selon les pays et la structure politique, mais elle comprendra généralement les représentants des autorités gouvernementales, les directeurs des services de santé et les notables locaux, maires ou personnalités élues ou désignées par le gouvernement.

Deuxième stade. Lorsque les services administratifs se sont étoffés en personnel compétent et qu'il est possible de créer des services régionaux capables d'assumer des responsabilités, il est recommandé de leur transférer certains pouvoirs exécutifs portant sur la gestion des établissements, la préparation et la liquidation du budget et la nomination de personnel non qualifié ou auxiliaire. A ce stade, le ministère conserve la tutelle générale, la rédaction et la promulgation des lois et textes réglementaires, le contrôle du financement, la nomination du personnel de direction et la planification. Cependant, il confie aux commissions régionales, elles-mêmes conseillées et contrôlées par des directeurs régionaux de la santé, représentants du ministre à l'échelon régional, la responsabilité de la gestion.

Troisième stade. Quelques années plus tard, le développement du système des soins médicaux aboutit à multiplier les établissements et à augmenter leur personnel et leur budget. La gestion directe des établissements à partir des commissions régionales devient alors difficile, et la direction risque de manquer de souplesse. Il est alors recommandé de décentraliser davantage la gestion quotidienne des établissements et d'installer dans chacun d'eux (s'ils sont importants) ou dans des groupes formés de trois ou quatre unités (s'ils sont moins importants), une direction administrative aidée d'une commission consultative composée de médecins et de notables. S'il existe des caisses d'assurance-maladie couvrant une certaine proportion de la population, leurs administrateurs peuvent être représentés dans les commissions régionales et éventuellement dans celles des districts.

Quatrième stade. Lorsque le pays a atteint un haut degré de développement, les commissions régionales peuvent être investies de pouvoirs exécutifs étendus et chargées de préparer le budget des établissements et de grouper les éléments nécessaires à la planification et à l'évaluation. Mais il semble préférable d'arrêter la décentralisation au niveau régional, sans la pousser jusqu'à conférer des pouvoirs exécutifs et une autonomie très large à l'administration des établissements eux-mêmes. En effet, dans les pays développés, l'autonomie des hôpitaux a ses racines dans le passé, mais certains gouvernements contemporains s'efforcent de l'atténuer. Des exceptions peuvent cependant être envisagées en faveur de grandes villes qui ont un statut spécial.

Dans certains pays, en effet, outre l'organisation régionale qui couvre l'ensemble du pays, il existe de grandes agglomérations qui ont acquis depuis longtemps un statut de cité. Dans ce cas, il est possible d'installer une administration sanitaire pour les hôpitaux et les services de soins ambulatoires, ayant des pouvoirs comparables à ceux des régions, toujours dans l'intention de superposer exactement l'administration sanitaire et l'administration générale.

Il convient d'insister une dernière fois sur l'importance qu'il faut attacher à superposer l'organisation administrative des soins médicaux et de la santé en général avec celle des autres services publics. Il est essentiel que les services de soins médicaux puissent s'appuyer, à chaque niveau, sur l'administration générale correspondante et qu'ils ne soient pas seulement les maillons d'une chaîne verticale qui s'accroche au niveau supérieur, mais qui pend librement à son extrémité inférieure. Cette correspondance horizontale simplifiée et accélère les procédures administratives. Elle permet une décentralisation plus précoce et plus souple quand les autorités sanitaires centrales peuvent confier une partie du contrôle portant sur le personnel et les dépenses à l'échelon régional de l'administration générale, qui est habilitée à effectuer ces tâches pour d'autres secteurs publics.

d) La direction des hôpitaux

Il reste encore un problème concret à résoudre par voie réglementaire : il faut décider si la personnalité à qui on confie le pouvoir de direction de l'ensemble hospitalier régional ou de district doit être un médecin ou un administrateur civil. Quoi qu'il en soit, il faut s'efforcer d'éviter la compétition entre l'administration des soins médicaux et celle de l'hygiène et de la prévention primaire. L'expérience a montré que le système dualiste qui a prévalu dans beaucoup de pays développés depuis le début du siècle a conduit, d'une part, à l'isolement des établissements de soins médicaux, exclusivement cantonnés dans la médecine curative, et, d'autre part, à un développement insuffisant des services d'hygiène et de prévention. L'intégration qui est recommandée par l'OMS a pour conséquence une direction unique de la santé, qui a compétence sur les hôpitaux, sur les services de soins ambulatoires et sur les services de prévention et d'hygiène.

Il semble donc que le directeur de la santé, d'abord à l'échelon régional, puis à l'échelon du district, devrait être investi de pouvoirs exécutifs délégués par l'autorité centrale. Il devrait faire fonction de rapporteur et de secrétaire des commissions de son échelon, l'une pour les soins médicaux, l'autre pour les mesures d'hygiène et d'assainissement, une autre encore pour les programmes de prévention primaire et secondaire. Dans ce cas, les établissements de soins médicaux, notamment les hôpitaux, perdent une partie de leur autonomie : ils deviennent des services de santé placés sur le même rang que les autres. Ils ne rencontrent donc plus de difficultés pour intégrer les services préventifs et curatifs selon le plan décidé à l'échelon ministériel.

e) Financement des institutions de soins médicaux

C'est un problème crucial pour les pays en développement. Sa solution commande celle de la plupart des autres problèmes sanitaires et sociaux. On a montré au chapitre précédent que, dans la plupart des pays à économie de marché, qu'ils se classent dans le groupe des pays développés ou dans celui des pays en développement, le gouvernement prélève de 25 % à 35 % du PNB pour constituer son budget, et que le ministère de la santé reçoit de 1,25 à 2,64 % de ce PNB. Comme les dépenses totales de santé s'élèvent à environ 6 % du PNB, il est très difficile de financer un service national de santé où toutes les dépenses seraient couvertes par l'Etat. En fait, dans les pays en développement, où la majeure partie des dépenses des établissements publics sont payées par les finances de l'Etat, une série d'expédients est employée pour combler le déficit. Selon les cas, on s'efforce de faire payer certains malades, ou bien on confie aux familles le soin de nourrir leurs malades et parfois de se procurer au marché libre des médicaments coûteux. Ces pratiques compromettent l'efficacité des établissements et devraient être abandonnées au profit de procédés plus réguliers. Il est parfois possible de reporter sur les autorités locales, quand elles sont habilitées à percevoir des impôts et taxes, et sur une forme quelconque d'assurance sociale, une partie des dépenses de soins médicaux. On peut aussi financer l'assurance-maladie par un impôt spécial qui ne serait plus un prélèvement obligatoire et forfaitaire sur les salaires seulement, mais sur l'ensemble des revenus.

La première condition à remplir pour fonder le financement des services de soins médicaux sur des bases rationnelles et efficaces est de connaître le montant des dépenses et de procéder à leur analyse et à la comparaison des budgets des établissements. Or, beaucoup de pays en développement n'ont pas encore appliqué de méthodes comptables modernes. C'est donc une tâche urgente pour le législateur que de promulguer des textes réglementaires applicables à tous les établissements de soins médicaux, afin de déterminer, par exemple, le prix réel de la journée d'hospitalisation, le coût du cas moyen de maladie (produit du prix de journée par la durée moyenne de séjour), le prix de revient moyen d'une consultation externe, et de calculer le montant du budget annuel et de ses composantes en fonction des statistiques d'activité et d'utilisation des établissements par la population. Or, ces opérations, qui sont de routine dans les pays développés, sont rarement effectuées dans les pays en développement. Ceux-ci connaissent, soit le budget annuel arbitrairement fixé, le plus souvent très en dessous des besoins minimaux, soit un système d'allocations en nature non comptabilisées par chaque établissement, ce qui empêche toute comparaison et laisse les administrateurs ignorants du coût réel des services qu'ils gèrent.

Le chapitre de la loi-cadre qui concerne le financement doit ensuite énumérer les sources possibles de fonds et les modalités de facturation et de perception des sommes dues par les différents organismes dont le rôle est de couvrir les dépenses de soins médicaux encourus par leurs affiliés. Deux procédés sont en présence :

- 1) le budget annuel, qui est partagé entre les organismes payeurs selon le pourcentage des affiliés relevant de chacun d'eux;
- 2) le prix de journée, qui est facturé aux organismes payeurs pour chaque malade soigné dans l'établissement.

Il est généralement admis que le second procédé conduit à des abus portant sur la durée moyenne de séjour des malades, étant donné que le coût réel du traitement d'un malade décroît généralement au fur et à mesure de l'amélioration de son état. La véritable unité budgétaire devrait être le coût moyen du cas de maladie, ce qui inciterait les autorités sanitaires à développer la prévention et à améliorer l'efficacité des hôpitaux et des services de soins ambulatoires.

Le but du législateur est d'assurer que le coût des soins médicaux correspond au juste prix pour des traitements efficaces, tout en assurant le retour le plus rapide possible des malades à une vie économiquement active.

f) Utilisation des hôpitaux pour l'enseignement et la formation

La loi-cadre doit également fixer les principes d'utilisation des hôpitaux pour l'enseignement de la médecine et la formation du personnel des professions associées. Ces articles doivent être rédigés en accord avec le ministère de l'éducation nationale quand ce dernier est responsable de l'enseignement de ces catégories de personnel. Il est normal que ce dernier ministère contribue financièrement aux dépenses encourues par les établissements hospitaliers pour l'enseignement et éventuellement la recherche.

g) Responsabilité de la planification

Enfin, la loi-cadre doit fixer les responsabilités du gouvernement en matière de planification systémique et physique, et prévoir la publication de standards et de normes pour les hôpitaux publics, et de conditions d'agrément pour les établissements privés.

La planification socio-économique globale peut être placée sous la responsabilité d'un ministère du plan ou d'un haut commissariat rattaché au premier ministre ou au ministère des finances et des affaires économiques. Dans ce cas, les services de planification du ministère de la santé préparent un projet de plan qui est soumis à l'organisme compétent. La loi-cadre ne peut que se référer à cet organisme, mais il est très important que les représentants du ministère de la santé y participent à un haut niveau.

On peut aussi envisager que le plan à long terme soit établi dans ses grandes lignes par le ministère ou le haut commissariat du plan et présenté au pouvoir législatif comme une loi de finance globale embrassant toute l'activité socio-économique, mais que la publication des décrets d'application et le contrôle de la réalisation des tranches annuelles soient confiés au ministère de la santé.

Le document législatif peut se borner à l'énoncé de principes et être un texte court composé de vingt à trente alinéas. Beaucoup de dispositions de détail seront à préciser ultérieurement dans des décrets et autres textes réglementaires, ce qui permet plus de souplesse. En effet, il est important de ne pas compromettre l'évolution du système de soins médicaux par des textes trop détaillés et trop rigides qui ne pourraient être modifiés que par des amendements et des abrogations partielles nécessitant le retour devant le parlement et les autres ministères. Les pays en voie de développement qui n'ont pas de législation concernant les soins médicaux devraient préparer une loi-cadre fixant les principes et laissant au ministère la responsabilité de rédiger et de promulguer des textes d'application tenant compte de l'évolution de la situation et des circonstances.

Loi d'organisation de la santé publique

Lorsque la situation le permet, le ministre de la santé peut pousser loin la coordination des institutions de soins médicaux et l'intégration de la prévention et de la médecine curative. Dans ce sens, la loi-cadre sur l'organisation des soins médicaux peut être remplacée par une loi sur l'organisation générale de la santé, dans laquelle les principes gouvernant les soins médicaux occupent un chapitre parmi d'autres concernant l'hygiène publique, la prévention primaire, la protection et la promotion de la santé. C'est le cas lorsque les établissements de soins médicaux peuvent être nationalisés et qu'ils peuvent faire partie intégrante d'un service national de santé.

La loi-cadre type sur l'organisation de la santé publique comporte pratiquement les mêmes chapitres. Cependant, le problème du financement est reporté du niveau des établissements à celui des autorités sanitaires régionales et centrales. De plus, la participation des hôpitaux à la médecine préventive est plus directe et plus simple.

Lorsqu'il existe des ministères différents pour le travail et pour la sécurité sociale, et que le ministère de l'éducation nationale est responsable de l'enseignement médical, la coordination avec la santé publique devient plus difficile. Elle doit cependant être établie, mais l'appareil législatif risque d'être plus lourd et plus complexe, puisque la loi sur la santé publique devient un document interministériel et doit recueillir la signature de plusieurs ministres. Dans certains pays, néanmoins, ceci ne constitue pas un obstacle sérieux lorsque les lois sont signées par le premier ministre, le président ou le roi après consultation et approbation du parlement.

Organisation des services de santé dans le cadre de la législation sociale

La tâche du législateur ne peut pas se limiter à la préparation de lois et de décrets ne se rapportant qu'à un seul secteur social, si important soit-il. Il doit considérer l'ensemble des secteurs intéressés et les influences réciproques des domaines socio-économiques. On a déjà insisté sur la nécessité de considérer l'organisation des soins médicaux dans un cadre plus large et d'étudier ses relations avec deux autres secteurs sociaux d'égale importance :

- 1) l'enseignement et la formation du personnel sanitaire;
- 2) l'assurance sociale et l'aide sociale.

Si les problèmes de santé sont traités par un ministère des affaires sociales, également responsable d'autres secteurs sociaux, le texte de base peut acquérir une portée beaucoup plus large, ce qui conduit à recommander la constitution d'un service regroupant la santé, le travail et la sécurité sociale, qui soit également chargé de l'éducation professionnelle du personnel sanitaire. Dans ce cas, le législateur peut préparer une loi-cadre générale qui fonde un système harmonieux couvrant les affaires sociales dont la santé publique est une partie intégrante. Une telle solution n'est pas toujours possible, mais il faut signaler que certains pays

développés ont adopté une solution intermédiaire entre la conception globale des affaires sociales et l'existence de ministères séparés pour la santé et pour la sécurité sociale. Cette solution consiste à scinder l'ensemble de la sécurité sociale en deux parties qui sont :

- 1) l'organisme chargé de prestations en nature, c'est-à-dire de la couverture des dépenses pour soins médicaux (assurance-maladie proprement dite);
- 2) l'organisme chargé des prestations en espèces, c'est-à-dire les pensions d'incapacité, d'invalidité et la compensation financière pour perte de salaire en raison de maladie, les pensions de vieillesse et les allocations de toutes espèces (chômage, logement, décès, etc.).

La première partie, celle qui finance tout ou partie des soins médicaux, est rattachée au ministère de la santé publique, la seconde partie dépend du ministère du travail. Ainsi, le ministère de la santé dispose des ressources financières nécessaires pour le fonctionnement et le développement des services de soins médicaux grâce à un double budget, celui de l'état et celui de l'assurance-maladie. Mais le fait que le ministère gère aussi le budget d'aide sociale qui couvre les dépenses pour soins donnés aux indigents et aux travailleurs non assurés, peut l'amener à obtenir la fiscalisation du budget de l'assurance-maladie pour simplifier les opérations comptables en unifiant les sources de financement. On s'achemine ainsi par une autre voie vers un service national de santé, ce qui suppose qu'une proportion plus forte du budget national soit allouée au ministère de la santé.

Dans cette évolution, qui conduit les services de soins médicaux d'un stade primitif d'assistance avec quelques établissements charitables, vers une structure complexe et coordonnée de haute efficacité économique, le rôle du législateur est de préparer des décrets d'application de la loi de base en fonction du développement économique et social. Lorsque la loi-cadre est devenue insuffisante, elle doit être amendée ou abrogée et remplacée par une loi qui s'approche davantage du modèle théorique proposé dans le troisième chapitre.

Il est impossible de décrire une voie idéale et unique que cette évolution devrait suivre, car elle dépend de conditions économiques et politiques propres à chaque pays. Il n'a jamais été question ici de proposer un modèle universel, mais plutôt d'énumérer les éléments d'une législation possible.

CONCLUSIONS

Les pays développés qui possèdent des services sociaux et de soins médicaux depuis plusieurs siècles ont été obligés de promulguer des lois pour mettre de l'ordre dans une situation caractérisée par la multiplicité des statuts juridiques des institutions. Depuis le début du vingtième siècle, l'introduction de systèmes d'assurance sociale et la spécialisation des disciplines médicales ont créé des problèmes nouveaux, tels que ceux du financement de dépenses toujours plus élevées et de la régionalisation des services de santé. Les pays développés ont donc dû se perfectionner sans cesse et adapter leur législation à l'évolution des idées et des situations. Pratiquement toutes les lois hospitalières de ces pays ont été refaites depuis les 25 dernières années, et certains pays ont profondément remanié leurs structures législatives et administratives en matière de santé et de soins médicaux au cours des cinq dernières années. Cependant, le poids du passé et des traditions reste lourd. C'est pourquoi les législations diffèrent les unes des autres, bien qu'on puisse décrire de grands types de législations correspondant aux groupes de pays ayant des structures culturelles et politiques comparables.

On assiste cependant à une convergence des grands types de législation, qui ne diffèrent plus que par des variantes, ce qui permet de broser à grands traits un cadre législatif général dont on pourrait appliquer les principes à pratiquement toutes les situations. C'est cette loi générale qui est proposée à la réflexion des gouvernements des pays en développement qui n'ont pas eu la possibilité de se doter d'une législation concernant l'organisation des soins médicaux. Or, le développement économique, surtout dans les pays à économie de marché, pousse sur le chemin que les pays développés ont emprunté depuis la révolution industrielle du dix-neuvième siècle. Ce développement, qui se produit d'ailleurs à une allure accélérée dans certains secteurs,

tend à multiplier les catégories d'établissements de soins médicaux et à aggraver le manque de coordination, qui peut aboutir, dans certaines circonstances, à la détérioration du secteur sanitaire public par la prolifération incontrôlée d'institutions privées commerciales. Il peut alors apparaître des différences très grandes entre les moyens dont les classes sociales peuvent disposer pour leurs soins médicaux.

Le moyen de pallier ce danger est de promulguer une législation réglementant le statut, la structure administrative et les fonctions des institutions de soins médicaux. Mais cette législation doit être coordonnée avec une action parallèle du gouvernement portant sur les autres institutions sociales. Les textes sur l'organisation des soins médicaux peuvent donc faire partie d'une loi plus large portant sur l'organisation de la santé publique en général, et peuvent même être intégrés à une loi-cadre couvrant l'ensemble des institutions sociales dont la santé fait partie intégrante.

Il reste que les textes législatifs doivent être appliqués, ce qui suppose la formation d'administrateurs compétents et la mise en place d'un mécanisme administratif adéquat. Les pays en développement devront procéder par étapes et commencer par une loi-cadre qui sera suivie de décrets plus détaillés traitant de problèmes plus particuliers.

La législation sociale a pour but d'améliorer les conditions d'existence de la population, de conférer des droits aussi égaux que possible à chaque citoyen et de lui rendre accessibles des services de santé de qualité. Elle n'est contraignante que pour les individus qui cherchent à tirer parti pour eux-mêmes d'une situation non réglementée.

Les pays en développement devraient donc constituer un cadre juridique et administratif pour obtenir la meilleure efficacité de ressources limitées en personnel et en moyens financiers, et éviter le développement individualiste de secteurs concurrentiels qui risquent d'aggraver les disparités entre régions et entre classes sociales.

Il a été jugé nécessaire dans le premier numéro de cette série d'insister sur les structures législatives et administratives. En effet, celles-ci conditionnent toutes les actions et décisions ayant trait à la planification, au fonctionnement et à l'efficacité des services.

Il ne faut pas oublier qu'une législation est un ensemble de textes auxquels se réfèrent sans cesse les planificateurs, les administrateurs, les directeurs d'établissements, les architectes, les financiers et finalement les utilisateurs. Elle est la matérialisation de l'opinion publique majoritaire à un moment donné de l'histoire des sociétés. D'une part, elle est faite pour guider et éviter les abus, mais, d'autre part, son rôle essentiel est d'offrir à la population les moyens les plus efficaces d'assurer son bien-être et son progrès matériel et moral.

RÔLE DE LA PLANIFICATION PAR AIRE GÉOGRAPHIQUE ET DE LA PROGRAMMATION FONCTIONNELLE DANS LE PROCESSUS DE PLANIFICATION DES SOINS MÉDICAUX

par
Marian W. Miskiewicz¹

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Base organique	44
2. Principes de la planification par aire géographique	44
3. Facteurs à prendre en considération	45
4. Portée de la planification par aire géographique	49
5. Programmation fonctionnelle	49
Conclusions	53

^a Directeur adjoint du Département des services de prévention, de soins et de réadaptation, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Varsovie, Pologne.

1. BASE ORGANIQUE

Seuls les soins médicaux qui sont facilement accessibles à l'individu, et par conséquent à l'ensemble de la population, peuvent remplir leur fonction essentielle, qui est de prévenir la maladie, de la diagnostiquer précocement, de rétablir la santé et d'assurer la réadaptation. Malgré les différences que l'on constate d'un pays à l'autre dans l'ampleur et la généralisation des services de santé, les formes organiques sont analogues et comprennent en général des soins à domicile, des soins d'urgence, des soins ambulatoires et des soins hospitaliers de types divers. Les différences de développement des systèmes de service de santé, dans leur structure ou leur évolution fonctionnelle, sont le produit des situations politiques, économiques, sociales et culturelles qui règnent dans chaque pays.

D'une manière générale, les groupes et les institutions qui participent à la prestation des services de santé doivent être coordonnés en un système cohérent, à la fois sur le plan organique et sur le plan fonctionnel. Cette notion s'applique aux services considérés aussi bien sur le plan horizontal (établissements qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires¹ dans une région bien définie) que sur le plan vertical (organismes coordonnés d'un niveau à l'autre, par exemple entre les échelons nation-région-localité, afin d'accomplir une certaine fonction et de résoudre tel ou tel problème déterminé, comme la lutte contre les maladies transmissibles ou l'organisation des soins de gériatrie).

Lorsqu'ils sont complexes et organiquement uniformes, les soins médicaux tendent à l'intégration des éléments nécessaires en une structure unifiée. Cette règle s'applique à la fois à la planification et à la fourniture de services. Tandis que la coordination permet de combiner les plans, les programmes et certaines activités, l'intégration permet aussi une gestion uniforme.

Lorsque les soins médicaux sont intégrés, les services sont en majeure partie régionalisés. Cette formule suppose la constitution d'un réseau administratif et technique capable d'élaborer, de faire fonctionner et de contrôler l'ensemble des services de soins médicaux conçus pour une zone géographique déterminée. Il faut aussi que chaque installation connaisse exactement la portée et les limites de ses activités. Il importe donc, d'une part, de pousser en avant la ligne de front et, d'autre part, de concentrer à l'arrière les services les plus spécialisés.

2. PRINCIPES DE LA PLANIFICATION PAR AIRE GEOGRAPHIQUE

Pour mettre en place et faire fonctionner la structure organique esquissée ci-dessus, il faut dresser des plans qui englobent l'ensemble de la circonscription, depuis son centre jusqu'à sa périphérie. Ces plans viseront à assurer à la fois une large accessibilité des services de base et la concentration des services spécialisés, de manière à obtenir une utilisation optimale de toutes les ressources nationales disponibles à un moment donné pour l'amélioration de l'état de santé de la population. La planification par aire géographique est donc la partie de la planification sanitaire qui se donne pour but de répartir dans l'espace les moyens d'action de la manière la plus efficace pour assurer un ensemble de soins médicaux.

Surtout si l'on vise à coordonner ou à intégrer les soins médicaux, la planification par aire géographique doit porter sur tous les éléments nécessaires à la zone en question, conformément au système en vigueur dans le pays pour la prestation des soins. Cette planification doit être également coordonnée avec les plans d'urbanisme pour assurer une répartition rationnelle en fonction de l'étendue et de la nature de la zone et de sa situation géographique. Il

¹ Les soins de santé primaires comprennent les actes curatifs fondamentaux (diagnostic et traitement des cas simples, renvoi des cas complexes à une instance mieux équipée), les soins préventifs et les mesures éducatives essentielles. Les soins secondaires sont ceux qui sont fournis au deuxième degré par les services spécialisés qui ont été alertés par l'organisation de base. Les soins tertiaires sont d'un ordre hautement spécialisé, comme la chirurgie plastique, nerveuse ou cardiaque.

faut tenir compte aussi de la répartition du peuplement, de la distance à parcourir et du temps nécessaire pour atteindre les établissements, et de toutes les autres particularités que peut présenter l'aire considérée. Dans beaucoup de pays, la planification urbaine et rurale constitue le point de départ pour l'établissement de plans nationaux ou régionaux de développement. L'emplacement des institutions médicales doit tenir compte des conditions de milieu afin de protéger au mieux les installations et le milieu lui-même.

On peut considérer que, quels que soient le régime et l'état de développement socio-économique d'un pays, le système de services de santé comprend au moins trois niveaux :

- 1) la périphérie, qui assure les soins primaires, que ce soit dans les villes ou dans les campagnes;
- 2) un échelon intermédiaire, qui assure des soins médicaux complexes dans sa circonscription et reçoit les malades qui lui sont adressés par des zones voisines manquant des moyens nécessaires;
- 3) un niveau central, où sont concentrés les services hautement spécialisés.

Enfin, s'il s'agit d'une très grande agglomération, elle doit à elle seule posséder à la fois des installations périphériques pour les premiers soins, des hôpitaux généraux pour les soins de niveau intermédiaire et des centres spécialisés pour les cas particulièrement difficiles. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les disciplines médicales ne restent pas statiques et qu'il se produit un mouvement incessant de regroupement et de diversification. Le plan doit donc être suffisamment souple pour s'adapter à l'évolution constante des sciences médicales. On peut citer comme exemple le traitement de la tuberculose qui, autrefois donné à l'hôpital et en sanatorium, a pris un caractère surtout ambulatoire, voire préventif. Par conséquent, le réseau des moyens d'action sanitaire doit permettre une évolution dynamique de l'équilibre entre la périphérie, le niveau moyen et le centre spécialisé.

La concentration progressive des ressources au niveau secondaire et tertiaire revêt deux aspects apparemment contradictoires. Aux échelons inférieurs, on trouve des établissements relativement peu spécialisés (centres de santé et hôpitaux intermédiaires). A l'échelon supérieur, on trouve des établissements très complexes dont les départements assurent toute la gamme des soins de santé (médicaux et sociaux; somatiques et mentaux; préventifs, réparateurs et réadaptateurs) pour les malades les plus différents, dont le cas peut exiger des séjours de durée variable.

A un niveau encore plus élevé, il est à la fois plus économique et plus commode de ne pas loger tous les services dans un même bâtiment. Ainsi, les soins tertiaires et les services spécialisés comme ceux de cancérologie ou de cardiologie peuvent être dispersés dans différents quartiers de la ville. Cependant, chaque établissement, même s'il est placé sous une direction différente, doit rester en relation fonctionnelle avec l'ensemble.

3. FACTEURS A PRENDRE EN CONSIDERATION

La première nécessité est de rassembler des informations sur les ressources disponibles, les principaux problèmes de santé et la situation socio-économique et administrative, afin de déterminer les priorités. L'objectif ultime doit être la mise en place progressive d'un réseau d'institutions permettant d'assurer de manière complète la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation. Trois facteurs principaux doivent entrer en ligne de compte : le personnel disponible, l'utilisation des services et la situation socio-politique.

Du point de vue qui nous occupe, le facteur le plus important est celui du personnel, de son nombre et de ses catégories, existantes ou projetées. En effet, c'est ce facteur qui détermine les fonctions qui peuvent être accomplies. Le personnel doit être réparti suivant un plan

rationnel. Il est nécessaire de lui assurer les meilleures conditions possibles de travail et de vie et de tenir compte de sa psychologie et de ses motivations à l'égard du travail qui lui est demandé.

D'autre part, pour décider le nombre, la nature et les dimensions des installations à prévoir, il faut partir d'une estimation de la mesure dans laquelle les services de santé sont effectivement utilisés par la population. De nombreux facteurs influent sur cette utilisation et leur étude est un préalable essentiel.

En troisième lieu, la planification doit tenir compte des désirs de la population. Par exemple, lorsque, comme c'est souvent le cas, les consommateurs sont particulièrement conscients des bienfaits qu'ils peuvent attendre des soins médicaux. Ce sont les installations de soins qui doivent servir de base aux activités préventives. Ainsi, lorsque les malades viennent se faire soigner, pour quelque raison que ce soit, on peut leur donner des conseils d'éducation sanitaire et, par exemple, les vacciner. A l'inverse, on observe parfois un manque d'intérêt pour les soins médicaux, ou encore une méfiance ou un scepticisme quant à l'efficacité de certaines activités médicales comme la prévention et la réadaptation. De telles attitudes sont le plus souvent dues à un manque d'expérience dans l'utilisation des services de santé, à une inadaptation des soins aux désirs de la population, à un manque d'éducation sanitaire ou à des convictions religieuses. De tels facteurs peuvent avoir une influence considérable sur le taux d'utilisation des services, surtout pendant la période initiale de leur fonctionnement.

La planification par aire géographique ne doit pas non plus négliger les considérations financières qui influent sur l'utilisation des soins médicaux. Par exemple, la gratuité encourage un taux d'utilisation plus élevé. De telles considérations doivent se refléter dans la nature et l'ampleur des installations proposées, ainsi que dans la structure du réseau. Parfois, faire payer le malade pour les soins qu'il reçoit le détourne d'en demander. Ce fait s'observe principalement dans les pays pauvres, mais il se produit aussi dans des populations prospères : si le prix des prestations est élevé, la demande se limite aux soins essentiels, surtout aux services curatifs. Inversement, si les services sont gratuits, on risque une utilisation abusive, quels que soient le moment et le lieu où le besoin est perçu. Dans certains pays où les services de santé sont théoriquement gratuits, les autorités doivent savoir que l'on demande souvent au malade d'assumer néanmoins certains frais (médicaments, fournitures, repas, etc.) et doivent s'efforcer d'éviter autant que possible ces dépenses dissimulées.

La nature et la fréquence des contacts de la population avec les services préventifs ou curatifs sont sous l'influence de diverses politiques sanitaires ou administratives. Ainsi, on peut encourager la population à utiliser les services préventifs (campagnes de masse contre une maladie très répandue) ou faire entrer des groupes définis de malades dans un projet de soins réguliers dans lequel la fréquence des contacts est déterminée par le personnel médical et infirmier.

En préparant un plan à base géographique, il faut tenir compte de l'accessibilité matérielle des services. On améliorera ainsi le taux d'utilisation. Joint aux facteurs financiers dont il a été question plus haut, cet élément garantira que les soins peuvent être facilement obtenus. Cependant, il est également important que le public sache comment le système de soins est organisé et réparti et comment il se comporte vis-à-vis de ceux qui s'adressent à lui. L'accessibilité matérielle se définit par le nombre, l'emplacement et la nature des points d'entrée dans le système et par les voies que suit le malade, de sa propre initiative ou par aiguillage, pour arriver à l'instance compétente pour le traiter. Il est très souhaitable d'avoir, par exemple, un nombre relativement élevé de points d'entrée, mais il importe aussi qu'il existe un système bien défini d'acheminement vers le point d'aboutissement approprié, au même niveau ou à un niveau supérieur.

Chaque membre du personnel a un rôle important à jouer dans l'utilisation que font les malades des services de santé, car c'est son attitude qui encouragera ou découragera cette utilisation. Le comportement du personnel médical et auxiliaire est à son tour déterminé par un certain nombre de facteurs. Parmi ceux qui poussent à une attitude négative figurent la

mauvaise organisation du travail, l'insuffisance des effectifs et de l'équipement, le mécontentement professionnel, l'absence de motivations et le manque d'information claire sur l'efficacité sociale des soins dispensés. Même lorsque les circonstances sont favorables à l'accessibilité des services, l'attitude du personnel peut gêner les mouvements des malades, allonger inutilement les voies d'acheminement et retarder la prestation des soins les plus simples.

Ainsi, du fait d'une mauvaise organisation ou d'un manque de complaisance du personnel, certains besoins risquent de ne pas être satisfaits et certains malades peuvent être inutilement déplacés d'un service à un autre ou envoyés sans raisons suffisantes à un échelon trop spécialisé. Il se peut aussi que certains membres du personnel n'aient pas les qualifications professionnelles requises. Il s'y joint souvent un défaut de sens du devoir et des responsabilités envers le malade, ce qui produit des effets analogues à ceux dont nous venons de parler. Pour toutes ces raisons, la planification par aire géographique doit tenir le plus grand compte de tous les obstacles à l'accessibilité, car ceux-ci ne sont pas seulement physiques, mais aussi psychologiques et organiques.

Un plan d'implantation géographique des installations de soins médicaux doit tenir compte de la structure hiérarchique de l'administration publique et du rôle que ses différents échelons auront à jouer dans l'exécution du plan. En effet, l'administration publique, selon qu'elle appuie plus ou moins énergiquement l'exécution du plan, prend une part importante au succès ou à l'échec de la planification par aire géographique. D'autre part, elle est elle-même directement intéressée par cette planification. Dans les pays où le principe de la régionalisation a été accepté, les installations auront pour toute première mission la couverture des besoins de la population domiciliée dans la circonscription administrative considérée. Ce principe est d'une importance politique et sociale croissante pour l'administration générale, car le plan de services médicaux par aire géographique est de plus en plus souvent l'un des éléments composants de la planification socio-économique générale et de son application à la région considérée.

Il est indispensable de tenir compte de l'opinion publique, surtout lorsque l'utilisation des installations de soins médicaux s'est développée et que la population s'est habituée à bénéficier de tels services. Le public réagit généralement aux modifications du réseau de soins médicaux et défend souvent le statu quo, même s'il est inefficace ou mal adapté aux exigences techniques de la médecine moderne. En pareil cas, puisque le public, les autorités locales et les planificateurs risquent d'avoir des avis différents, il est parfois nécessaire de trouver des compromis avant de donner au plan sa forme définitive. A cet effet, on a souvent intérêt à créer un comité consultatif composé de représentants de tous les groupes intéressés par les modifications proposées.

Une place importante doit également être faite aux facteurs socio-démographiques. Par exemple, toute planification à long terme doit prendre en considération l'évolution démographique (structure de la population par sexe et par groupes d'âge), migrations, répartition géographique des habitants et évolution de la structure familiale (cohabitation avec les enfants, nombre de personnes âgées, emploi des membres de la famille, etc.). D'autres données utiles sont le nombre des handicapés chroniques (physiques ou mentaux), le travail des femmes, etc.

Les systèmes d'information sanitaire actuellement en place dans la plupart des pays utilisent souvent des données qui ne sont pas assez précises pour être employées directement dans la planification par aire géographique. Cependant, on peut en général se servir utilement des données statistiques ou de renseignements spéciaux sur les maladies infectieuses et sur certains autres états pathologiques d'intérêt épidémiologique ou social (paludisme, tuberculose, maladies à transmission sexuelle, malnutrition, accidents, etc.). On peut aussi tirer profit des résultats obtenus au moyen d'enquêtes spécialisées ou d'études analytiques des archives médicales.

Il est particulièrement utile de faire des comparaisons entre les données épidémiologiques et les renseignements que l'on possède sur la fréquence et la nature des contacts entre les malades et le personnel médical (consultations, traitement, examens de diagnostic). Cependant, ces comparaisons n'ont de sens que si l'on connaît la nature et l'emplacement des

institutions médicales fréquentées par les malades. Par exemple, il peut y avoir de grandes différences dans la demande de soins entre deux collectivités dont la situation épidémiologique est pourtant semblable. Il se peut simplement que ce fait soit dû à une différence d'accessibilité des soins appropriés. Lorsque de telles comparaisons ont été effectuées et que leurs résultats ont été pris en considération dans la planification, celle-ci repose sur une base beaucoup plus solide et justifiée.

Les données statistiques sur la fréquentation des malades sont d'une grande importance pour apprécier l'activité des institutions de soins médicaux. Par exemple, lorsqu'on veut prévoir un système de soins ambulatoires ou à domicile, les données que l'on peut rassembler sur les contacts entre les malades et les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux ou les unités de diagnostic dans une installation donnée et pour une population de caractéristiques données fourniront une mesure de la charge de travail mensuelle, quotidienne et même horaire que l'on peut attendre dans une installation analogue prévue pour une collectivité comparable. Les conséquences de toute différence observée doivent être évaluées et le plan doit tenir compte de cette évaluation. De même, lorsqu'on cherche à prévoir l'organisation d'un hôpital, il faut utiliser les renseignements sur le nombre de malades (admissions et sorties) en fonction de l'effectif de la population, en tenant compte également de la durée moyenne de séjour, du taux annuel d'occupation des lits, etc.

Les données statistiques dont on vient de parler sont d'une utilité encore plus grande lorsqu'elles sont mises en corrélation avec les types d'activité d'une installation donnée, les catégories de malades et la pathologie traitée. Il ne suffit pas de réunir des données sur le nombre et la nature des services fournis : il faut aussi avoir des informations sur la demande non satisfaite. On entend par là le nombre de malades qui attendent un rendez-vous (par exemple avec un spécialiste) pour un diagnostic, une opération chirurgicale, une prothèse, l'admission à l'hôpital, etc. Ces renseignements peuvent être obtenus en consultant les listes d'attente des départements intéressés.

On utilise aujourd'hui plus largement les techniques de la recherche opérationnelle en matière de planification médicale. Ces techniques comportent l'analyse de la charge de travail de chaque installation, ce qui permet d'évaluer avec précision le niveau d'activité et de prévoir la demande future probable. Cette méthode facilite également les décisions concernant la concentration ou, au contraire, la dispersion des installations, ainsi que l'optimum de dimensions et de structure.

Il convient de faire un inventaire des ressources disponibles tout en déterminant leur utilisation, puisqu'on risque d'obtenir une image fautive de la situation si cette utilisation est insuffisante ou excessive. Le plan doit respecter et utiliser au mieux les ressources disponibles. Cette précaution est indispensable, non seulement pour assurer la transition entre le passé et l'avenir, mais aussi pour moderniser et étendre les moyens d'action. Lorsqu'on cherche à développer et à moderniser trop rapidement les institutions de soins médicaux, celles qui existent déjà sont parfois injustement négligées et leur utilité à d'autres fins est sous-estimée. En conséquence, il est souhaitable de faire un inventaire détaillé de tous les moyens d'action médicale, afin de définir leurs activités actuelles, leur structure organique et matérielle et l'utilité des bâtiments et installations qu'ils occupent. Cette étude indiquera s'il faut garder en service l'installation en question avec ou sans modernisation ou expansion, ou s'il convient de procéder à des réformes pour préserver ou élargir ses fonctions. Cette étude peut d'ailleurs amener à modifier la destination de l'établissement.

Toutes ces analyses sont indispensables, surtout lorsque les moyens sont évidemment insuffisants, ce qui est toujours le cas dans la plupart des pays. Même dans ceux qui possèdent un bon réseau hospitalier, on manque souvent de lits pour longs séjours, pour les convalescents ou pour la réadaptation. Dans les pays où les soins ambulatoires sont encore insuffisants, l'organisation de soins médicaux de base pour l'ensemble de la population doit certainement avoir la priorité sur la mise en place de moyens d'action plus complexes.

4. PORTEE DE LA PLANIFICATION PAR AIRE GEOGRAPHIQUE

L'inventaire des services existants, qui doit faire partie du processus de planification par aire géographique, n'est nullement une tâche facile. La situation varie dans une certaine mesure d'un pays à l'autre et dépend de divers facteurs tels que le système politique, social et économique, la spécificité des décisions de développement et des tendances qui en résultent, compte tenu des traditions et des influences ethniques et religieuses. Les vœux de la collectivité, le niveau auquel les initiatives sont prises, la force des pressions sociales, les opinions exprimées par les hommes politiques, les administrateurs et les membres de la profession médicale, tout cela exerce une grande influence sur la portée de la planification par aire géographique.

Les méthodes de financement des soins médicaux sont d'une importance déterminante lorsqu'il s'agit de décider du nombre et de la nature des installations à prévoir. L'efficacité du plan risque d'être considérablement réduite si le coût des services de santé est entièrement à la charge du consommateur, sans aucun remboursement, ou si les installations de soins médicaux sont gérées par des organismes à but lucratif ou par de grandes firmes industrielles, par des syndicats, etc. En pareil cas, on risque de ne pouvoir aller au-delà d'une intégration partielle. La tâche des planificateurs est beaucoup plus facile lorsque le financement du système de soins médicaux est assuré principalement par l'Etat ou par le système d'assurance sociale.

5. PROGRAMMATION FONCTIONNELLE

Quelle que soit son échelle, nationale, régionale ou locale, la planification par aire géographique est un premier pas essentiel dans la préparation d'étapes ultérieures plus détaillées de la planification d'une ou de plusieurs installations de soins médicaux. Quant à la programmation fonctionnelle, elle se réfère au rassemblement et à l'analyse des informations sur toutes les fonctions des institutions de soins médicaux et sur les services requis et à la prise de décisions utiles à la conception desdites installations. Il s'ensuit que la programmation fonctionnelle définit et précise les buts, la portée et les fonctions du projet.

Une grande partie des informations nécessaires pour ces définitions devrait déjà avoir été rassemblée aux fins de la planification par aire géographique. En conséquence, on peut utiliser les éléments rassemblés et analysés pour procéder à la programmation fonctionnelle. La planification par aire géographique, s'étendant à l'ensemble du pays ou à la majeure partie de sa population, ne peut généralement pas entrer dans le détail et décrire les fonctions de chaque installation individuelle. Dans la planification régionale, où il s'agit de préparer un plan d'application directe, il faut donner davantage de détails sur les installations de soins médicaux, rassembler et coordonner les données relatives aux plus petites circonscriptions administratives constituant la région. Les données décrivant les fonctions, la structure organique interne et la population desservie sont des facteurs particulièrement importants à cet égard.

Dans la planification par aire géographique des installations locales, par exemple, on trouvera des indications sur le nombre, les dimensions, les fonctions et l'emplacement des installations périphériques. Pour les services de soins secondaires, on fera figurer dans le plan la gamme des services fournis, leur profil, le personnel, le nombre et la nature des bâtiments ainsi que leur emplacement. Un plan concret de cette nature réduit la portée de la programmation fonctionnelle, qui prendra dès lors moins de temps, ce qui améliore l'ensemble du processus d'investissements en capital.

Les observations ci-dessus résultent de l'expérience pratique de pays où le processus de planification par aire géographique a été largement utilisé. Il y a toute raison de penser que les mesures prises dans ce sens faciliteront l'extension et la coordination, aussi bien dans

la planification par aire géographique que dans la programmation fonctionnelle. Ceci ne limite en aucune manière le rôle et l'importance de la programmation, dont on peut citer trois fonctions essentielles :

- 1) Définir les fonctions élémentaires (par exemple récurage) ou complexes (préparations pour une opération chirurgicale) ainsi que des procédures complètes (opérations chirurgicales depuis l'anesthésie jusqu'à la guérison complète) et décrire toutes les étapes différentes de chaque fonction et de chaque procédure. On expliquera plus bas pour quelles raisons.
- 2) Expliquer la nature, la portée et les formes des rapports entre les éléments ou groupes d'éléments fonctionnels à l'intérieur d'une même installation et indiquer les points d'interaction et leur étendue. On peut ainsi être amené à préciser les liens entre l'installation à l'étude et d'autres installations au même niveau ou à des niveaux différents.
- 3) Adapter la conception architecturale aux objectifs, à la portée, aux fonctions essentielles et à l'emplacement qui seront ceux de l'installation dans le plan par aire géographique.

Comme il s'écoulera un temps considérable entre l'adoption du plan et le début des constructions, les hypothèses qui sont à la base du plan devront être mises à jour. Même l'objectif principal d'une installation déterminée peut avoir besoin d'une révision si, par exemple, il s'est produit des modifications dans la fréquence des maladies, dans l'orientation et l'activité de la politique de protection de la population ou de nouveaux progrès dans les sciences médicales.

Le développement économique et social, de même que les progrès de la technologie, ont des incidences sur le contenu fonctionnel des installations projetées. Il arrive donc très souvent que la conception architecturale varie avec les modifications apportées au plan initial. A cet égard, il faut tenir particulièrement compte des conceptions variables du logement des malades, par exemple dans les unités de soins infirmiers pour séjours prolongés ou pour soins intensifs, dans l'hospitalisation à temps partiel (soins de jour ou de nuit), ou dans les soins ambulatoires ou à domicile en tant que substituts des soins hospitaliers proprement dits.

On peut obtenir presque automatiquement la continuité souhaitée des soins médicaux en créant des groupes spécialisés qui assurent à la fois les soins en hôpital et les soins en consultation externe en une seule unité gérée par une même équipe médico-infirmière.

Des transformations importantes et rapides se produisent dans les procédures de diagnostic. Ces transformations, qui résultent du progrès de la technique et de l'emploi de dispositifs matériels comme la mécanisation ou l'automatisation, provoquent fréquemment un bouleversement de la vie quotidienne de l'installation. Il faut alors prévoir une modification des locaux et de l'équipement, ainsi que de la quantité et de la formation du personnel de service. En conséquence, dans le processus de programmation fonctionnelle, il convient de mettre à jour les hypothèses qui ont servi à établir le plan par aire géographique concernant les services de diagnostic.

La promotion d'activités sanitaires telles que l'éducation, la surveillance de l'environnement et les enquêtes sanitaires sur certains groupes de population exige également un accroissement des locaux, du personnel et de l'équipement. De même, la prévention de certaines maladies, qui implique un nombre accru de tests et d'examen diagnostiques, surtout dans les populations très exposées, exige souvent des moyens spécialisés, mobiles ou à poste fixe.

La réadaptation, qui prend une importance croissante dans le cadre des soins médicaux, pousse à développer deux types d'installations. Dans un premier cas, le personnel médical et auxiliaire du niveau local et du niveau intermédiaire prend des mesures de réadaptation dès les premiers stades de maladie; l'hôpital ou le centre de santé doivent donc être équipés en personnel et en matériel pour prendre soin de ces malades sous réadaptation précoce. En second lieu, lorsqu'on poursuit la réadaptation après la phase aiguë de la maladie, il faut un

nombre suffisant de lits dans les maisons de repos ou les départements spécialisés de réadaptation, avec un personnel et des installations suffisantes, qui doivent aussi être présentes dans les dispensaires assurant les soins ambulatoires et même à domicile. Les moyens spécialisés de réadaptation sont en général fournis à ceux qui en ont besoin aux échelons intermédiaire, régional et national.

Il faut examiner plus avant les fonctions primaires et secondaires du programme fonctionnel avant d'indiquer avec plus de précision ce qui doit être fait, où et par qui. Il doit être posé en principe qu'il s'agit là d'un travail d'équipe. L'un des éléments de l'équipe de programmation devrait se composer de ceux qui ont participé à la formation initiale du plan par aire géographique (médecins, infirmières, techniciens médicaux et administrateurs sanitaires), qui ont une connaissance suffisante de l'organisation des soins médicaux, de son développement, de sa gestion, de ses méthodes de travail, etc. La seconde partie de l'équipe devrait se composer de concepteurs connaissant les besoins architecturaux, la technologie du bâtiment, les installations et les équipements dont ont besoin les services médicaux.

L'élément médical de l'équipe de programmation doit tout d'abord fournir aux concepteurs des explications détaillées sur le type de services médicaux envisagés :

- 1) faire face aux besoins des malades au moyen de l'une des installations médicales au point d'entrée dans le système des services de santé, c'est-à-dire dans les installations périphériques de soins primaires, les équipes mobiles d'urgence, les services pour accidents et les établissements spécialisés dont les services ne nécessitent pas nécessairement que les malades aient d'abord passé par un centre de soins primaires;
- 2) utiliser les autres étapes des voies d'acheminement à l'intérieur d'un système donné; suivant l'état du malade, deux voies sont possibles :
 - a) une action immédiate pour les sujets qui ont besoin de soins d'urgence; la voie passe alors directement du point d'entrée et de diagnostic à une unité de soins intensifs ou autre type de service de soins d'urgence, puis à un dispensaire spécialisé;
 - b) une action normale, qui amène du point d'entrée à un dispensaire spécialisé, puis à la zone de traitement et de diagnostic ou à un service de soins infirmiers à long ou à court terme.

L'élément médical de l'équipe de programmation doit également expliquer aux concepteurs les fonctions que l'installation devra remplir. C'est ainsi qu'on pourra obtenir le meilleur usage de l'espace disponible, des rapports entre les différentes sections de l'installation et des parcours de communication.

La description des fonctions d'après le lieu d'exercice doit commencer par une définition des installations essentielles de soins. Celles-ci comprennent :

- 1) Les installations périphériques pour la fourniture des soins primaires, qu'ils soient ambulatoires ou domiciliaires. Ces soins peuvent être assurés par des médecins, des assistants médicaux, des dentistes, des infirmières communautaires ou visiteuses, des sages-femmes, des travailleurs sociaux ou du personnel auxiliaire. Les services rendus sont les suivants : consultations ambulatoires, visites à domicile, vaccinations, examens de santé périodiques, traitements médicaux et dentaires simples, soins infirmiers, examens de laboratoire simples, premiers soins d'urgence. En même temps, il convient d'assurer une éducation sanitaire, des interviews communautaires, une action sociale individuelle et un contrôle de l'hygiène du milieu.
- 2) Les installations intermédiaires de soins médicaux où, étant donné la qualité meilleure des services de diagnostic et de traitement, on peut assurer des soins spécialisés (secondaires) aux malades envoyés par l'échelon primaire. On assure également à cet échelon les services consultatifs ambulatoires, les traitements d'urgence, les services de diagnostic de toutes sortes, divers traitements et des soins hospitaliers à court ou à long terme. Des services

médico-sociaux sont également disponibles, y compris les soins hospitaliers pour les malades dont l'état leur interdit, provisoirement ou définitivement, de mener une vie autonome. En outre, cet échelon intermédiaire peut assurer des fonctions éducatives et de formation supérieure pour les professions médicales et apparentées.

Il faudra veiller au stockage et à la distribution des fournitures médicales et autres (médicaments, sang, pansements, appareils sanitaires, instruments médicaux et aliments spéciaux).

3) Le complexe hospitalier central. Toute une série de facteurs amènent des modifications dans les relations interdépartementales à l'intérieur d'un hôpital : changements d'organisation à l'intérieur du système de services de santé, tendance croissante à transformer l'hôpital en un centre complexe de soins médicaux, développement et amélioration des méthodes de diagnostic et de traitement, pression sociale constante en faveur d'une plus large utilisation des soins médicaux et raisons économiques impératives. La salle d'hôpital (unité infirmière), jadis considérée comme l'unité focale de soins médicaux, perd progressivement de son importance au profit des services de diagnostic et de traitement.

A ce niveau, la consultation externe est en général subdivisée en départements spécialisés mais situés matériellement en position centrale, à proximité des moyens de diagnostic et de traitement, voire des salles d'hospitalisation. En réalité, les consultations devraient être concentrées pour former une zone séparée. Divers services devraient leur être rattachés : guichets d'admission, vestiaires, fichier central et point de délivrance des médicaments. Appuyant les consultations spécialisées, il faut mettre en place les services suivants :

a) Des installations de diagnostic et de traitement accessibles de deux côtés, c'est-à-dire desservant les malades hospitalisés et les consultants ambulatoires. Ceci concerne particulièrement les services auxquels on renvoie continuellement des malades pour examens ou traitements (radiographie, électrocardiographie, salles d'opérations, physiothérapie, réadaptation médicale). Il n'est pas nécessaire que le laboratoire soit situé dans cette zone, car les échantillons soumis à examen biologique peuvent être rassemblés à partir de plusieurs unités et envoyés ensemble à un laboratoire central.

b) Les locaux d'hospitalisation (salles et unités de soins infirmiers) doivent être groupés de telle sorte qu'on puisse assurer l'isolement lorsqu'il est nécessaire (maladies contagieuses, obstétrique, pédiatrie), pour éviter les infections hospitalières et pour assurer la coopération entre les départements qui accomplissent des fonctions analogues (chirurgie générale, orthopédie, urologie, oto-rhino-laryngologie, par exemple). On peut aussi grouper les salles suivant la notion de progression du traitement.

c) Les services d'accidents et d'urgences comprennent à la fois des lits et un équipement de diagnostic et de traitement. Ce secteur se caractérise par la rapidité du passage, à la fois pour les malades admis d'urgence et pour les cas ambulatoires traités pour un accident. Une autre filière peut aussi y amener les malades déjà hospitalisés dont l'état exige soudainement des soins d'urgence. Les services d'accidents et d'urgences collaborent en premier lieu avec ceux de diagnostic (diagnostic immédiat), puis avec les services de traitement et de soins infirmiers, dont l'unité de soins intensifs. On a déjà parlé des points d'entrée et des voies de circulation des malades à propos des installations d'urgence. Il faut cependant faire observer que, sauf pour les parturientes et les malades infectieux, toutes les autres admissions peuvent être pratiquées au même endroit. Les parturientes et les contagieux sont en général envoyés directement aux services compétents par des points d'entrée différents.

d) Les services sociaux logés dans un complexe hospitalier central peuvent jouer un double rôle : d'une part, ils fournissent des locaux aux travailleurs sociaux et à leurs consultants, le cas échéant à proximité des consultations externes; en second lieu, en tant qu'unité individualisée, dont le siège peut être à l'intérieur de l'hôpital ou en dehors.

e) Les services de prévention (santé publique), s'ils sont combinés avec d'autres services de soins médicaux, n'exigent aucune condition particulière de collaboration réciproque. Leur liaison principale pourrait être avec le centre de diagnostic.

f) Le service des fournitures et les services généraux devraient être reliés à toutes les unités utilisatrices par des voies d'acheminement simples. Cette simplicité est particulièrement importante en ce qui concerne la stérilisation centrale et ses rapports avec la salle d'opérations et le service des urgences.

CONCLUSIONS

L'expérience montre que la planification par aire géographique et la programmation fonctionnelle sont des étapes essentielles dans l'organisation des services de soins médicaux. On peut en tirer certaines conclusions générales quant aux moyens de préparer et de mener à bien une entreprise aussi vaste.

La planification par aire géographique fait partie intégrante du processus de planification sanitaire. Sa portée chronologique doit être longue (au moins dix ans) et elle doit s'étendre au plus grand nombre possible de services de soins de santé, y compris ceux de soins médicaux. Dans ce processus, il faut utiliser tous les renseignements qui peuvent fournir une base objective aux divers éléments du plan.

La programmation fonctionnelle constitue la seconde étape importante du développement du réseau de soins médicaux et de son amélioration. Elle doit définir les objectifs, la portée, la structure et les fonctions des installations ou groupes d'installations prévus.

La première et la seconde doivent être en harmonie avec les principes et la structure organiques du système de services de santé. Il faut s'efforcer de mettre au point plusieurs solutions de rechange et de tenir constamment à jour les renseignements sur la situation, pour adapter le plan autant qu'il est nécessaire pour répondre aux modifications des circonstances.

L'importance des soins ambulatoires et à domicile, surtout lorsqu'ils sont fournis par les services périphériques de soins primaires, ne doit pas être négligée et il ne faut pas accorder une préférence particulière à l'organisation des services d'hospitalisation. Si la législation le permet, le processus de planification et de programmation doit comprendre la prévention générale, l'hygiène et les services sociaux.

Il faut s'efforcer de souligner l'importance des services de santé, surtout du type primaire et secondaire, aux niveaux local et intermédiaire, qui sont directement accessibles à la population.

