

# DES LOGIQUES DE L'ENFERMEMENT AUX LOIS DU MARCHÉ: ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ À QUITO AU XX<sup>e</sup> SIÈCLE

Anne-Claire DEFOSSEZ\*

Didier FASSIN\*\*

Henry GODARD\*\*\*

**RÉSUMÉ** L'évolution du système hospitalier de Quito au XX<sup>e</sup> siècle vers une spécialisation et une privatisation croissantes s'accompagne d'une ségrégation de plus en plus marquée.

**ABSTRACT** The evolution of the Quito health care system during the 20th century towards increasing specialization and privatization is associated with increasingly visible segregation.

**RESUMEN** La evolución del sistema hospitalario de Quito en el siglo XX hacia una especialización y una privatización crecientes se acompaña de una segregación cada vez más visible.

• ÉQUATEUR • HISTOIRE DE LA MÉDECINE  
• QUITO • SÉGRÉGATION • SYSTÈME DE SANTÉ

• ECUADOR • HEALTH CARE SYSTEM • HISTORY OF MEDICINE • SEGREGATION  
• QUITO

• ECUADOR • HISTORIA DE LA MEDICINA  
• SEGREGACIÓN • SISTEMA DE SALUD  
• QUITO

L'histoire de la médecine et du système de santé en Amérique latine évoque plus celle qu'a connue l'Europe depuis le Moyen Âge que celle de l'Afrique ou de l'Asie. Probablement faut-il y voir les conséquences d'une colonisation brutale et profonde qui a imposé, en même temps que de nouveaux habitants, leurs modèles culturels, une structure sociale et spatiale qui a rapidement posé, en particulier dans les villes, des problèmes de pauvreté, de criminalité et d'hygiène assez semblables à ceux des cités européennes et qui ont été résolus selon les mêmes procédures administrativo-sanitaires, enfin, jusqu'à une période récente, une influence espagnole et plus encore française dans les domaines du savoir médical et des pratiques de soins.

À cet égard, le XX<sup>e</sup> siècle marque, avec quelques décennies de décalage par rapport aux pays occidentaux, le passage d'une organisation de la santé, caractérisée par un système d'enfermement indifférencié des miséreux, des vagabonds, des malades, et un faible niveau de développement technique des hôpitaux, à un appareil de soins médicalisé, diversifié, mais fortement soumis aux règles du marché et demeurant par conséquent très inégalitaire. Comment s'est effectué ce passage de l'âge classique à l'époque moderne? Quels changements et quelle conti-

nuité peut-on percevoir dans cette évolution accélérée? Quels ont été les causes et les mécanismes de ces transformations de l'ordre sanitaire? Telles sont les questions auxquelles nous tenterons de répondre à travers l'examen diachronique de deux cartes du système de soins hospitaliers à Quito, tel que nous avons pu le reconstituer depuis le début de ce siècle.

## Les sources et leur cartographie

La cartographie s'est heurtée à deux séries de difficultés distinctes, les unes en rapport avec la représentation de la ville elle-même, les autres liées à l'identification des institutions de soins et à leur localisation précise.

En ce qui concerne le tracé des enveloppes urbaines, deux dates ont été choisies: elles correspondent à la fois à des exigences de fiabilité à l'égard des plans et à un souci de pertinence par rapport au thème. Pour le début du siècle, c'est le *Plano de la Ciudad de Quito para los trabajadores del Censo*, 1/8 000 (échelle approximative) de 1921 qui répond le mieux à ces deux contraintes. Pour la période actuelle, l'image satellite SPOT, canal panchromatique, 1/30 000, de juin 1986, et actualisée en 1987, a été jugée la plus satisfaisante. Dans les deux cas, le tracé a été reporté sur le plan au 1/10 000 réalisé en 1982 par l'Institut National de la Statistique et des Recensements (INEC), pour les nécessités du recensement, et qui est l'une des bases cartographiques de référence du programme de recherche de l'*Atlas Informatisé de Quito*.

\* Institut Santé et Développement, Université Paris VI, Paris.

\*\* Institut Français d'Études Andines, A.P. 17 11 06596, Quito.

\*\*\* Mission ORSTOM, A.P. 17 11 06596, Quito.

	1921		1971		1987	
	Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits
<b>Hôpitaux publics généraux</b> (court séjour)	1	120*	5	1290	7	1952
<b>Hôpitaux publics généraux</b> (long séjour)	2	650*	0	0	0	0
<b>Hôpitaux publics spécialisés</b> (court séjour)	1	200*	4	459	3	365
<b>Hôpitaux publics spécialisés</b> (long séjour)	1	84**	4	855	5	990
<b>Hôpitaux et cliniques privés</b> (court séjour)	3	?	26	414	40	916

\* Données de 1950 quasi identiques à celles de 1921 pour les 4 hôpitaux considérés. (Junta Central de Asistencia Pública, Quito, *Boletín Informativo*, 1950, pp. 77-87).

\*\* Nombre de malades lépreux en 1927. (*Boletín del Hospital San Juan de Dios*, Quito, 1927, p. 1)

## I. Évolution du nombre d'hôpitaux, de cliniques et de lits disponibles par type d'établissement (1921, 1971, 1987)

Source: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Quito, 1971, 1987.

En ce qui concerne les institutions de soins, n'ont été prises en compte que celles qui pratiquent des hospitalisations. Pour cela, il a été nécessaire de recourir à des sources de nature diverse: documents ou études historiques, rapports administratifs ou statistiques, afin de connaître la localisation des hôpitaux et cliniques de la capitale et leurs caractéristiques (type, nombre de lits, durée de séjour) (tab. I). Sur la carte de 1921 ont été reportées les structures signalées dans les différents ouvrages de référence: le repérage des institutions publiques est assurément exhaustif; en revanche, il n'est pas possible d'être aussi affirmatif quant au dénombrement des cliniques, certaines créations ayant pu n'être pas reportées (l'erreur, si elle existe, reste cependant minime). Sur la carte de 1987, ont été placées toutes les structures, publiques et privées, identifiées dans les rapports statistiques et les divers documents internes; ces données ont été complétées grâce aux informations extraites de l'annuaire téléphonique.

### Spécialisation et privatisation du système de soins

Au début du siècle, l'appareil hospitalier est essentiellement public c'est-à-dire, dans la conception qui prévaut alors, destiné aux pauvres. La première clinique est fondée en 1908 et seulement trois établissements privés, n'ayant de plus qu'une faible capacité en lits, sont signalées jusqu'en 1921. Un seul hôpital, San Juan de Dios, remplit réellement des fonctions médicales; il s'est d'ailleurs doté, en 1916, d'un laboratoire de biologie et d'un service de radiologie. Les autres institutions sanitaires correspondent à des structures asilaires servant de lieux d'enfermement aux malades chroniques, aliénés mentaux, personnes âgées et, pour l'une d'entre elles, aux lépreux.

À partir de la fin des années vingt, se développent les spécialités médicales, d'abord au sein même de l'hôpital. À San Juan de Dios, s'ouvrent des salles de syphilographie et de phtisiologie, un dispensaire d'enfants, alors que la maternité devient

Hôpital	Institution	Caractéristique	1971	1987
<b>Eugenio Espejo</b>	MSP	Général	24,0	14,4
<b>Carlos Andrade Marín</b>	IESS	Général	13,8	10,6
<b>Forces Armées</b>	FFAA	Général	15,41	12,4
<b>Pablo Arturo Suarez</b>	MSP	Général	238,6	20,9
<b>Isidro Ayora</b>	MSP	Obstétrique	48,0	37,0
<b>Baca Ortiz</b>	MSP	Pédiatrie	13,7	13,8
<b>San Lázaro</b>	MSP	Psychiatrie	499,5	150,7
<b>Gonzalo González</b>	MSP	Dermatologie	669,3	99,3

MSP: Ministère de la Santé Publique  
IESS: Institut Équatorien de Sécurité Sociale  
FFAA: Forces Armées

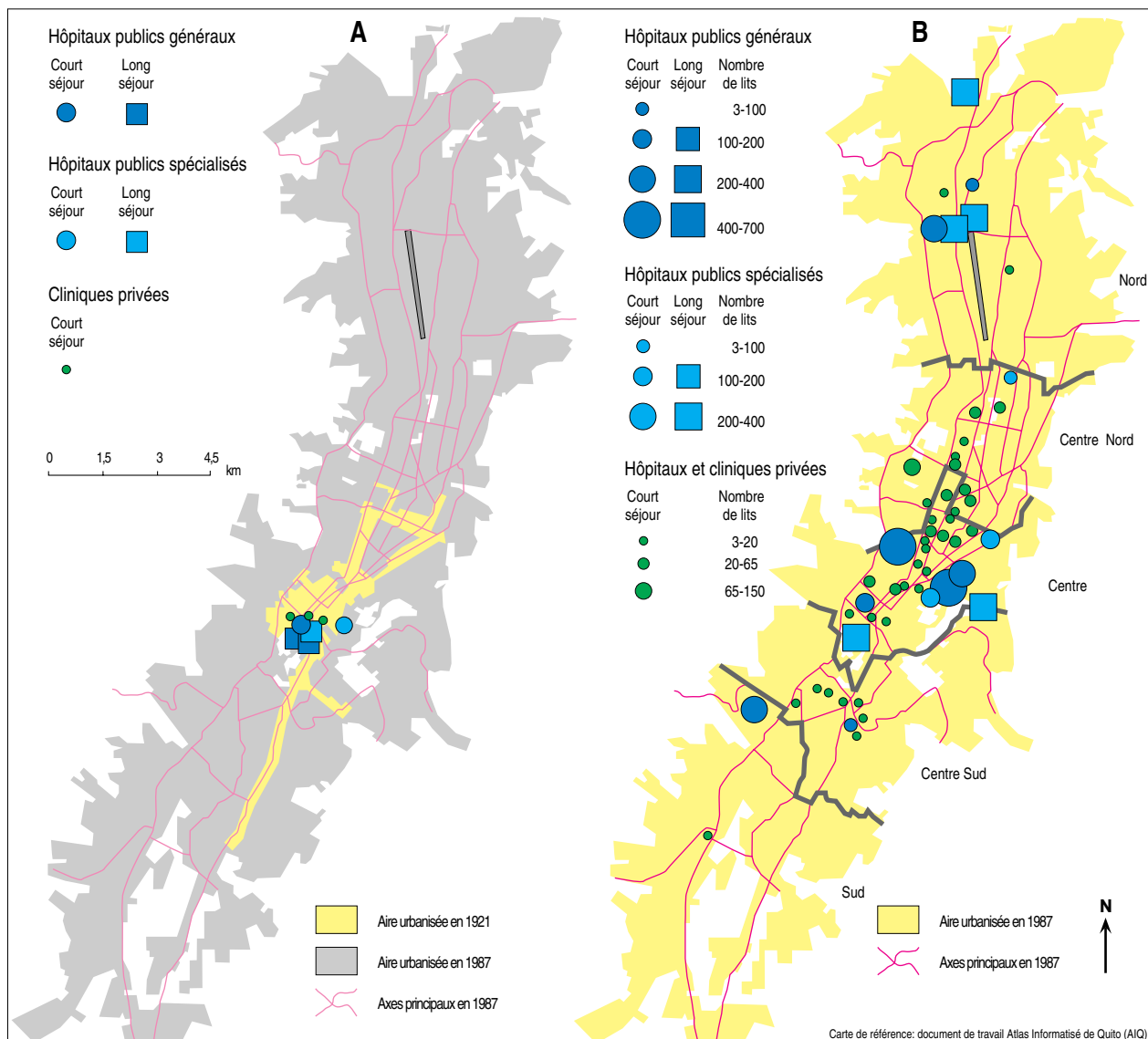
## II. Durée moyenne des hospitalisations, en nombre de jours, des principaux établissements (1971, 1987)

Source: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Quito, 1971, 1987.

autonome. Ce n'est qu'au début des années cinquante que commence à apparaître une spécialisation des institutions elles-mêmes selon les catégories de population, les types de pathologie, mais aussi en fonction du public: salariés bénéficiant de la Sécurité Sociale, militaires ou policiers pouvant recourir aux hôpitaux des Forces Armées ou de la Police Nationale (tab. II).

Parallèlement, les durées d'hospitalisation se raccourcissent. Alors qu'une fois admis, on finissait souvent sa vie dans les hospices du XIX<sup>e</sup> siècle, les séjours dans les nouveaux hôpitaux deviennent de plus en plus brefs (tab. II). Même les maladies mentales, traditionnellement considérées comme relevant de traitements longs en milieu fermé, font l'objet d'internements de durée plus réduite. Aujourd'hui, le système de santé s'organise principalement autour de structures spécialisées dispensant des soins aigus, cependant que les institutions de soins chroniques se raréfient et se marginalisent.

À ce double mouvement faisant passer de l'hôpital général à l'hôpital de spécialité, et des séjours longs aux séjours courts, deux éléments d'explication. En premier lieu, les progrès dans le domaine des connaissances et des techniques ont apporté une différenciation du savoir et donc une division du travail médical entraînant une spécialisation des compétences et des pratiques. Ils ont également permis dans beaucoup de pathologies de proposer des traitements courts et souvent administrables en soins ambulatoires (antibiotiques en infectiologie ou neuroleptiques en psychiatrie). En second lieu, la société a changé. En particulier la pauvreté, dont les formes et les contours se sont modifiés, en même temps que les représentations et les traitements dont elle fait l'objet. Si les situations d'extrême dénuement existent toujours, les recours, tant modernes (publics, caritatifs) que traditionnels (solidarités de parenté, de voisinage) se sont diversifiés et multipliés. Alors qu'autrefois la société cherchait, avant tout, à se protéger de



### Classification des hôpitaux et des cliniques en 1921 (A) et 1987 (B)

Sources:

(A). PAREDES BORJA V. (1963), SAMANIEGO J. J. (1957) et *Plano de Quito levantado por orden del S' General Don R. Almeida*, Quito, 1/5 000, 1922.

(B). MSP (Ministerio de Salud Pública), UNICEF, ILDIS (Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales), 1990; IEOS (Instituto Ecuatoriano de Obras sanitarias, document de travail, 1988; Guía telefónica, 1987.

ses pauvres, il lui incombe désormais de les aider: à l'enfermement ont ainsi succédé d'autres formes d'exclusion, mais aussi de prise en charge.

C'est d'ailleurs cette transformation du paysage social qui rend compte de l'évolution de la distribution des institutions entre les secteurs public et privé. Alors que la progression des lits de cliniques s'est faite à un rythme modéré jusqu'à la fin des années soixante, elle va s'accélérer à partir du milieu de la décennie suivante. Entre 1971 et 1987, la capacité hospitalière du secteur privé s'accroît de 120%, alors que celle du secteur

public augmente, elle aussi, mais «seulement» de 50% (tab. III). Cette période correspond à la découverte et à l'exploitation des ressources pétrolières en Amazonie équatorienne qui vont faciliter la modernisation de l'économie déjà amorcée dans les années soixante et favoriser les classes moyennes et aisées. L'essor de la médecine libérale, tout comme celui de l'ensemble des activités économiques du secteur privé, s'inscrit donc dans ce contexte de montée d'une bourgeoisie nationale qui peut accéder à de nouveaux modes de consommation, y compris dans le domaine de la santé.

## Recomposition de l'espace sanitaire de la ville

Ce que l'étude institutionnelle révèle de l'histoire du système de soins à l'époque moderne, l'analyse cartographique le retrouve à l'échelle de la spatialisation des données. Le phénomène le plus remarquable est la croissance urbaine, tant en population qu'en superficie: en 1921, Quito compte 80 700 habitants vivant sur 340 hectares; en 1987, 1 120 991 occupent 4 328 hectares. Le Centre Historique où se concentraient la population citadine et la totalité des institutions hospitalières au début du siècle a perdu sa place privilégiée dans la distribution géographique de l'appareil de soins et apparaît maintenant noyé dans un vaste ensemble urbain qui s'étend sur plus de 30 kilomètres (fig. 1 a et b).

Ce phénomène est général. À partir de la fin des années quarante et conformément au Plan Régulateur élaboré en 1942 par G. Jones Odriozola, on choisit de développer vers le nord non seulement les quartiers résidentiels, mais aussi les fonctions centrales: banques, commerces de luxe, parcs de loisir, voies de communication rapides. Décision facilitée d'ailleurs par le fait que la Municipalité est propriétaire de vastes terrains dans cette partie de la ville. Les grands hôpitaux suivent le mouvement, et plus encore les cliniques qui s'installent massivement à l'articulation des districts Centre et Centre Nord. Les quartiers situés au sud de la capitale, composés de classes populaires et moyennes, sont ainsi presque totalement dépourvus de structures hospitalières, et doivent se contenter de centres de soins primaires.

Cette tendance révèle une évolution sociologique de la conception même de la santé et de la façon dont elle doit être préservée ou restaurée. Dans le grand mouvement de modernisation et de laïcisation de la médecine qu'a connu le XX<sup>e</sup> siècle, la santé est devenue un objet de grande consommation, pour lequel des prestations sont offertes selon les mécanismes du marché: l'installation de nouvelles structures se fait en fonction de la proximité de catégories sociales solvables, de l'existence de moyens d'accès, de la qualité de l'environnement. D'où l'accroissement sans précédent du parc hospitalier au cours de la décennie soixante-dix sous l'effet des retombées de la manne pétrolière.

On peut cependant distinguer les logiques différentes des secteurs public et privé. Alors que celui-ci fonctionne clairement selon les principes de régulation libérale et dépend donc de la constitution de classes moyennes et aisées, celui-là obéit aux nécessités de légitimation de l'État, dirigé entre 1973 et 1979 par un régime militaire fortement imprégné de nationalisme et de populisme, et qui ne néglige pas les couches défavorisées. Cela explique l'expansion presque parallèle des deux secteurs dans cette période. La récession qui s'installe à partir de 1983 va approfondir les écarts entre les catégories sociales, et dans le domaine de la santé, entre les institutions publiques de plus en plus dépourvues de moyens et les cliniques privées qui bénéficient à la fois du dépérissement du système public et du maintien d'une population solvable.

La carte montre également la mise en place, dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle, d'un autre phénomène: le déplacement, vers la périphérie de la ville, des hôpitaux spécialisés de long séjour, en particulier en psychiatrie et gériatrie. Ce déplacement devrait se conclure par la fermeture de l'Hôpital San Lázaro, dernier vestige de l'internement asilaire des siècles passés. Nouvelle forme d'exclusion pour les malades les plus gênants socialement puisqu'à l'enfermement s'ajoute l'éloignement. Il s'agit d'une relégation aux portes de la ville, parfois même au-delà, dans les vallées adjacentes, à Calderón pour les personnes âgées ou à San Rafael pour les aliénés mentaux. Nouvelle conception de l'espace urbain également qui consiste à dissocier les structures de soins aigus, restant dans l'aire de centralité où elles sont accessibles au plus grand nombre, des structures de soins chroniques repoussées vers l'extérieur.

La redéfinition du rôle de l'hôpital, lieu de passage plutôt que d'internement, structure technique où l'on soigne plutôt qu'institution caritative où l'on héberge, s'accompagne ainsi, à la fois d'une tendance à la spécialisation institutionnelle, et d'un redéploiement dans l'espace de la ville. La cartographie des données et l'analyse historique montrent que ces deux dynamiques relèvent de faits généraux liés à l'urbanisation et à la modernisation des sociétés latino-américaines.

---

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'une collaboration avec le CEAS, Centro de Estudios y Asesoría en Salud (Quito), et grâce à un Contrat de Recherche Externe de l'INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (n° 898006).

---

## Références bibliographiques

- Boletín del Hospital Civil de San Juan de Dios*, 1926-1927, n° 10, 11, 12.
- DEFOSSÉZ A.-C., FASSIN D. et GODARD H., 1991, «Espace urbain et santé publique. L'histoire sociale et politique du système de soins à Quito, entre carte et récit», *Bulletin de l'Institut Français d'Etudes Andines* (IFEA) (sous presse).
- INSTITUTO ECUATORIANO DE OBRAS SANITARIAS (IEOS), 1988, *Document de travail*, Quito.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS, 1956, 1971, 1983, 1987, *Anuario de estadísticas hospitalarias*, Quito, INEC.
- JUNTA CENTRAL DE ASISTENCIA PÚBLICA DE QUITO, 1980, *Boletín Informativo*, enero-sept., pp. 77-87.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES, 1990, *Guía nacional de servicios de salud del Ecuador*, Quito, ILDIS.
- PAREDES BORJA V., 1963, *Historia de la medicina en el Ecuador*, 2 tomes, Quito, Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- SAMANIEGO, J. J., 1957, *Cronología médica ecuatoriana*, Quito, Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana.