

Pierre-Yves Donzé

# bâtir gérer soigner

Histoire  
des établissements hospitaliers  
de Suisse romande

georg  
EDITEUR

Bibliothèque d'histoire  
de la médecine et de la santé

DEHR  
ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ROMANDS

BÂTIR, GÉRER, SOIGNER

PIERRE-YVES DONZÉ

# BÂTIR, GÉRER, SOIGNER

Histoire des établissements hospitaliers  
de Suisse romande

BIBLIOTHÈQUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE  
ET DE LA SANTÉ



Cet ouvrage est le fruit d'une recherche qui a été soutenue très généreusement par l'Association des Directeurs des Etablissements Hospitaliers Romands. Nous lui exprimons notre vive gratitude.

BIBLIOTHÈQUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ

**Comité de rédaction :**

Vincent Barras (responsable du présent volume), Andrea Carlino, Jacques Gasser, Philip Rieder, Bruno Strasser

**Conseillers éditoriaux :**

Bertrand Kiefer, Henri Weissenbach

**Rédaction :**

Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, CP, CMU, CH-1211 Genève 4

La Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé bénéficie du soutien des Hospices Cantonaux (Etat de Vaud) et de la Fondation Louis-Jeantet de médecine.

Maquette de couverture:

Sébastien de Haller, Atelier 109, Genève

Photo de couverture:

Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds

Mise en pages:

Compotronic SA, Boudry (NE)

© 2003 Copyright by

Georg Editeur, Editions Médecine et Hygiène département livre,  
46, ch. de la Mousse, 1225 CH-Chêne-Bourg/Genève

Tous droits de reproduction, y compris par photocopie,  
traduction et adaptation réservés pour tous les pays.

ISBN 2-8257-0829-1

ISSN 1424-5388

# SOMMAIRE

Préface .....	XIII
Introduction .....	1
<b>Chapitre 1: L'hôpital au Moyen Age et sous l'Ancien Régime ..</b>	<b>5</b>
<b>Les origines médiévales de l'hospitalisation .....</b>	<b>5</b>
<b>L'hôpital sous l'Ancien Régime .....</b>	<b>8</b>
<b>Centralisation et municipalisation (XVI<sup>e</sup> siècle) .....</b>	<b>9</b>
<b>L'hôpital, un instrument au service du pouvoir bourgeois   (XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles) .....</b>	<b>12</b>
Les administrateurs .....	13
L'hospitalier .....	15
<i>Les hospitaliers fribourgeois de 1500 à 1798</i> .....	16
L'hôpital, une puissance économique .....	18
Au cœur de l'assistance .....	19
<b>Les réformes du XVIII<sup>e</sup> siècle .....</b>	<b>22</b>
Les reconstructions .....	22
Les réformes internes .....	24
<b>La proto-médicalisation, fantasme d'historiens ou réalité   de l'Ancien Régime finissant? .....</b>	<b>26</b>
Une plus grande place accordée aux malades .....	27
A Lausanne, la critique du Dr Tissot à l'encontre du Grand Hôpital .....	28
Deux nouvelles institutions à l'aube du XIX <sup>e</sup> siècle .....	30
<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>
<b>Chapitre 2: L'hôpital au XIX<sup>e</sup> siècle :</b>	
<b>destins divers des hôpitaux urbains d'Ancien Régime .....</b>	<b>33</b>
<b>Permanence des oligarchies urbaines .....</b>	<b>33</b>
<b>L'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel .....</b>	<b>34</b>

Des établissements richissimes .....	36
<b>Développements divers</b> .....	37
Persistence de l'Ancien Régime .....	37
<i>Vieillards, incurables, aliénés, prisonniers</i> .....	37
<i>L'Hôpital de Sion de 1815 à 1935</i> .....	39
<i>L'Hôpital des Bourgeois de Fribourg de 1803 à 1937</i> .....	42
Médicalisation limitée .....	44
<i>L'Hôpital général de Genève de 1815 à 1869</i> .....	45
<i>L'Hôpital de la Ville de Neuchâtel de 1808 à 1888</i> .....	49
<i>L'Hôpital bourgeois de Porrentruy de 1815 à 1870</i> .....	51
Médicalisation de quelques établissements .....	52
<i>L'Hôpital cantonal vaudois de 1806 à 1883</i> .....	52
<i>L'Hôpital Pourtalès de 1811 à 1892</i> .....	59
<b>Conclusion</b> .....	64
<b>Chapitre 3: Naissance et premiers développements des hôpitaux romands (1850-1914)</b> .....	65
<b>Les hôpitaux cantonaux, instruments du pouvoir politique</b> ...	67
L'Hôpital cantonal de Genève de 1849 à 1919 .....	67
<i>Les projets des années 1840, de la Constitution de 1842 à la loi     sur l'Hôpital cantonal de 1849</i> .....	67
<i>Les premières années (1849-1876)</i> .....	68
<i>L'hôpital universitaire de 1876 à 1890</i> .....	70
<i>Développements et forte croissance (1890-1919)</i> .....	71
L'Hôpital cantonal vaudois de 1883 à 1916 .....	73
L'Etat de Vaud et le financement des infirmeries régionales de 1870 à 1914 .....	76
Vers un Hôpital cantonal à Fribourg .....	79
<i>L'Hospice cantonal au XIX<sup>e</sup> siècle, histoire d'un échec (1821-1893)</i> .	80
<i>La question de la Faculté de médecine</i> .....	82
<i>Vers l'Hôpital cantonal (1893-1920)</i> .....	83
Absence d'hôpitaux cantonaux dans certains cantons .....	85
<i>La création d'un Hôpital cantonal valaisan: les régionalismes     contre l'Etat (1864-1917)</i> .....	85
<i>Les établissements cantonaux neuchâtelois:</i> <i>Hôpital de Chantemerle pour contagieux (1868-1914)         et Hospice de Perreux pour aliénés incurables</i> .....	87
<i>Le Jura bernois en situation périphérique</i> .....	90
<b>Philanthropes et aristocrates</b> .....	92
Le Réveil protestant et l'ouverture d'écoles d'infirmières .....	92
<i>Les diaconesses de St-Loup</i> .....	93
<i>L'Ecole de La Source: vers une filière laïque de professionnalisation?</i>	95

A Genève, réaction philanthropique contre l'Hôpital cantonal . . .	98
<i>La fondation et les débuts de la Métairie de Nyon (1856-1918)</i> . . . . .	99
<i>L'Infirmerie Butini de Plainpalais de 1859 à 1914</i> . . . . .	101
<i>L'Infirmerie du Prieuré (1876-1909)</i> . . . . .	102
<i>La Maison Gourgas pour enfants malades de 1869 à 1914</i> . . . . .	103
<i>L'Hôpital ophthalmique Rothschild de 1874 à 1914</i> . . . . .	106
Philanthropes lausannois et hôpitaux privés . . . . .	108
<i>L'Asile des aveugles, une fondation philanthropique</i> <i>devenue clinique universitaire (1843-1910)</i> . . . . .	108
<i>Médecine et éducation à l'Hospice de l'Enfance de 1861 à 1910</i> . . . . .	110
<i>L'Hospice orthopédique de la Suisse romande de 1876 à 1920</i> . . . . .	113
Les hôpitaux régionaux vaudois, fruits du Réveil protestant (1850-1914) . . . . .	114
<i>Les infirmeries régionales vaudoises à leurs débuts (1850-1880)</i> . . . . .	115
<i>Développement de ce réseau originel (1880-1914)</i> . . . . .	118
Le refuge dans l'aide sociale de l'aristocratie neuchâteloise . . . . .	126
<i>L'Hôpital de Préfargier de 1848 à 1914</i> . . . . .	127
<i>L'Hôpital Pourtalès de 1848 à 1914</i> . . . . .	128
<i>Philanthropes neuchâtelois dans d'autres établissements médicaux</i> . . . . .	131
<b>Hôpitaux catholiques: aux sources du catholicisme social</b> . . . . .	132
Dans le canton de Fribourg, triomphe de la « République chrétienne »	132
Naissance des premiers établissements médicaux en Valais . . . . .	135
<i>Catholicisme social et médecine:</i> <i>l'Asile St-Joseph de Sierre et la Clinique St-Amé de St-Maurice</i> . . . . .	135
<i>Ouverture d'hôpitaux de districts à Martigny et Monthey</i> . . . . .	136
Dans le Jura catholique, une difficile confrontation à l'Etat radical . . . . .	137
<i>A Porrentruy, l'hôpital politisé par la bourgeoisie conservatrice</i> . . . . .	138
<i>L'Hôpital de Saignelégier de 1850 à 1914</i> . . . . .	139
Heurs et malheurs des hôpitaux de la diaspora catholique . . . . .	140
<i>L'Hôpital catholique de Plainpalais à Genève (1846-1875)</i> . . . . .	141
<i>L'Hôpital de la Providence de Neuchâtel de 1859 à 1910</i> . . . . .	142
<i>La création de l'Hôpital de la Providence de Vevey</i> . . . . .	144
<b>Hôpitaux régionaux nés du radicalisme</b> . . . . .	145
Hôpitaux régionaux jurassiens . . . . .	146
Radicalisme et hôpitaux neuchâtelois . . . . .	149
<i>A La Chaux-de-Fonds, des projets philanthropiques</i> <i>à un Hôpital communal (1841-1914)</i> . . . . .	149
<i>Le cas des hôpitaux du Locle et de Fleurier</i> . . . . .	152
<b>Hôpitaux et industrialisation</b> . . . . .	154

Chemins de fer, grands travaux et hospitalisations . . . . .	154
<i>A Brigue, une infirmerie d'entreprise devenue hôpital régional</i> . . . . .	155
Le problème du paiement de l'hospitalisation des ouvriers . . . . .	157
L'hôpital au service de l'industrie . . . . .	160
<i>L'hôpital comme service industriel :</i>	
<i>le cas de l'Hôpital de Moutier de 1870 à 1914</i> . . . . .	160
<i>Hôpital, industrie et paternalisme: l'Infirmerie de Sainte-Croix</i> <i>et l'Hôpital de Couvet</i> . . . . .	162
<b>Cliniques privées</b> . . . . .	164
La clinique privée comme excroissance du cabinet médical:	
l'exemple de la Clinique générale de Genève SA de 1898 à 1918 .	167
Cliniques privées et médecine sociale . . . . .	169
<b>Conclusion</b> . . . . .	170
<b>Chapitre 4: Redéploiement dans l'Entre-deux-guerres (1914-1945)</b>	173
Densification du système hospitalier . . . . .	173
Quelques nouvelles fondations . . . . .	173
Destins divers des hôpitaux cantonaux . . . . .	177
<i>L'Hôpital cantonal vaudois</i> . . . . .	177
<i>L'Hôpital cantonal de Genève</i> . . . . .	181
<i>Les difficiles débuts de l'Hôpital cantonal de Fribourg</i> . . . . .	181
Réorganisation des cliniques privées . . . . .	183
<i>La Clinique générale de Genève</i> . . . . .	184
<i>Persistance de cliniques « sociales »</i> . . . . .	188
La lutte antituberculeuse et ses incidences sur le système hospitalier	188
<b>Croissance du système</b> . . . . .	190
Nouvelle infrastructure et nouveaux équipements . . . . .	190
La question du personnel infirmier . . . . .	192
<i>Permanence des directions infirmières religieuses</i> . . . . .	193
<i>Emergence de la filière Croix-Rouge: l'exemple de La Source</i> . . . . .	198
<i>Employés subalternes sans formation</i> . . . . .	200
<i>Incidences financières</i> . . . . .	205
<i>Conclusion</i> . . . . .	206
<b>Questions de financement</b> . . . . .	207
Evolution du financement . . . . .	208
<i>Etat</i> . . . . .	209
<i>Communes</i> . . . . .	210
<i>Assurances et malades</i> . . . . .	211
<i>Entreprises</i> . . . . .	212
Hôpitaux privés en difficulté . . . . .	214
<i>A Genève, la dure concurrence de l'Hôpital cantonal</i> . . . . .	214
<i>La fin de la philanthropie à l'Hôpital Pourtalès</i> . . . . .	215

L'intervention de l'Etat remise en cause dans le canton de Vaud . . .	216
<b>Réorganisations internes</b> . . . . .	218
La gestion des hôpitaux remise entre les mains de managers professionnels . . . . .	219
Réorganisation des services médicaux:	
vers un pouvoir médical à l'hôpital . . . . .	222
<i>Séparation des services médicaux</i> . . . . .	223
<i>Rapports entre médecine hospitalière et médecine privée</i> . . . . .	224
<i>La question des internes</i> . . . . .	226
<i>Diaconesses contre médecin interne à l'Hôpital de Nyon (1940-1944)</i>	227
<b>Conclusion</b> . . . . .	228
<b>Chapitre 5: L'explosion du système (1945-1975)</b> . . . . .	231
<b>Un système en pleine croissance</b> . . . . .	231
Causes de la croissance . . . . .	232
<b>Ouverture de nouveaux complexes hospitaliers</b> . . . . .	234
A Genève, toute-puissance de l'Hôpital cantonal . . . . .	234
A Lausanne, vers le CHUV et l'intégration des établissements de santé . . . . .	237
<i>Naissance du CHUV</i> . . . . .	237
<i>Intégration des hôpitaux privés</i> . . . . .	238
Fribourg: enfin un Hôpital cantonal . . . . .	241
A Neuchâtel, échec philanthropique et intervention de la commune . . . . .	244
Les cliniques privées confrontées à la croissance hospitalière . . . . .	246
Les hôpitaux régionaux associés à cette dynamique . . . . .	250
Multiplication des services médicaux . . . . .	252
Réorganisation médicale . . . . .	254
Hôpital et médecine privée . . . . .	257
Quelques politiques volontaristes de prestige . . . . .	259
Laïcisation . . . . .	261
<b>Reconversion de la « montagne magique » et hospitalisation de la vieillesse</b> . . . . .	263
Fermeture des sanatoriums et reconversion de l'équipement . . . . .	264
Les vieillards en milieu hospitalier . . . . .	266
<b>Vers la professionnalisation du personnel hospitalier</b> . . . . .	267
Nouveaux acteurs financiers et professionnalisation de la gestion . .	272
Financement des hôpitaux régionaux romands . . . . .	273
Réorganisation administrative et professionnalisation des directions . . . . .	277
<b>Le rôle de l'Etat et la planification hospitalière</b> . . . . .	280

Les collectivités publiques, principaux bailleurs de fonds du système hospitalier .....	280
Développement des associations d'hôpitaux .....	281
L'Etat interventionniste: nouvelles lois et plans hospitaliers .....	282
Tentatives de rapprochements entre hôpitaux .....	284
<b>La crise des années 1970,</b> <b>révélatrice d'une croissance tous azimuts</b> .....	286
<b>Chapitre 6 : Restructurations (1975-2002)</b> .....	291
<b>Croissance continue du système hospitalier</b> .....	291
Développement de l'environnement médico-technique en milieu hospitalier .....	292
L'hospitalocentrisme et ses limites .....	294
<i>Vers la gériatrisation des hôpitaux périphériques</i> .....	295
<i>Revalorisation des soins à domicile et ambulatoires</i> .....	298
Explosion des coûts .....	298
<b>Vers la mise en réseau et la restructuration du système</b> .....	300
Nouvelle politique hospitalière .....	300
<i>Premiers aménagements (1975-1990)</i> .....	300
<i>La mise en réseau du système hospitalier comme reflet</i> <i>d'une pensée unique</i> .....	302
<i>Restructurations et mises en réseau (années 1990)</i> .....	303
Résistances périphériques .....	306
Restructuration des cliniques privées .....	309
<b>Conclusion</b> .....	311
<b>Conclusion générale</b> .....	313
Postface .....	317
Liste des donateurs .....	321
Bibliographie sélective .....	327
Sources .....	337
<b>Principaux hôpitaux reconnus d'utilité publique</b> <b>et philanthropiques</b> .....	345
Liste des illustrations .....	351
Index des noms d'institutions et de personnes .....	355

## PRÉFACE

**Vincent Barras & Geneviève Heller**

(Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé,  
Universités de Genève et Lausanne & École d'études sociales et pédagogiques,  
Lausanne)

Une sorte de règle implicite, mais bien ancrée dans les usages, veut que tout anniversaire important d'un établissement hospitalier, bien davantage que pour d'autres types d'institutions, soit couronné par la parution d'un cahier, d'une plaquette, d'un livre commémoratif destiné, au sein d'autres festivités plus éphémères, à marquer durablement la date célébrée. Un rapide inventaire bibliographique prouve en effet qu'une majorité d'établissements hospitaliers de Suisse romande souscrivent à un tel usage. On y trouve de nombreux jubilaires ou centenaires, signes de l'âge d'or des créations hospitalières modernes dans nos contrées; plus rares, mais bien présents, sont les hôpitaux pluricentenaires, qui témoignent d'une très ancienne tradition en la matière. Certes, au sein de toute cette production, il est parfois difficile de distinguer si l'anniversaire célébré est celui du bâtiment proprement dit, ou celui de la fonction hospitalière au sens contemporain, médical, du mot; on peut observer que, selon une logique archéologique typique de l'histoire des hôpitaux, des établissements nouveaux sont très régulièrement venus en recouvrir d'autres, lesquels s'étaient souvent implantés sur d'autres fondations plus anciennes encore. Quoi qu'il en soit, le constat de cette masse de publications est pour l'historien-ne l'occasion d'un premier questionnement : d'emblée, il faut s'interroger sur la raison d'un tel appétit d'histoire hospitalière. Car la commémoration remplit d'autres fonctions que celle d'effectuer un simple coup d'œil plus ou moins détaillé sur le passé, d'énumérer et de commenter une suite d'images et de dates jalonnant le développement d'un établissement, d'éveiller ainsi un intérêt attendri ou nostalgique pour

les temps révolus. Elle constitue en effet un moyen efficace de resserrer à l'interne les liens de la communauté hospitalière, ce regroupement singulier de personnes aux formations et aux intérêts relativement hétérogènes, mais toutes tournées vers un but commun, l'apaisement des souffrances entraînées par la maladie, et, dans le meilleur des cas, la guérison. C'est aussi l'occasion rêvée d'insister, face à la société extérieure (que ce soit une commune, une ville, un district, un canton, ...), sur la dimension centrale de l'hôpital, son importance médicale, sociale, économique et culturelle pour la vie de toute une région. Ainsi, tant les relations internes qu'externes de l'établissement s'en trouvent renforcées.

Pourtant, le présent ouvrage paraît en dehors de telles occasions. Qu'est-ce donc qui le motive? L'initiative en revient à quelques membres de l'Association des Directeurs des Établissements Hospitaliers Romands (ADEHR), réunis en un «Groupe de travail histoire des Etablissements Hospitaliers»<sup>1</sup> présidé par Pierre Loison, Directeur général de l'hôpital du Chablais, et venus solliciter à la toute fin des années 1990 la collaboration de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé (IURHMS, Universités de Genève et Lausanne), afin de réaliser un ouvrage de synthèse sur l'histoire des hôpitaux romands. Une telle demande, rompant avec les habitudes, pouvait au premier abord surprendre: en effet, nulle occasion de célébration, nul anniversaire n'était à l'ordre du jour. Au contraire, venant d'un groupe d'acteurs cruciaux dans la vie contemporaine des établissements hospitaliers, la volonté clairement formulée de s'accorder, par le biais de la démarche historique, le temps d'une réflexion dépassionnée sur la période difficile que traversent aujourd'hui, à leur sentiment, non seulement les établissements hospitaliers dont ils ont la charge, mais aussi l'ensemble du système de santé et de la médecine occidentale. Dans le contexte d'une situation dramatisée et parfois polémique, où se confrontent les demandes et intérêts divergents des différents groupes en présence (assurances maladies, médecins, soignants, patients, politiciens, directeurs d'établissements, entreprises pharmaceutiques, ...), la demande du «Groupe de travail histoire des Etablissements Hospitaliers» avait de quoi susciter peut-être une certaine méfiance de la part d'historien-ne-s, préoccupé-e-s de ne rien perdre de leur objectivité, de résister aux pressions d'une demande, de ne pas permettre à d'autres d'utiliser leur travail pour influencer sur telle ou telle décision politique ou médicale. Mais soulignons d'emblée que rien de tel n'eut de raison d'être dans l'histoire même de la réalisation de cet ouvrage: il fut convenu qu'une telle collaboration n'avait de sens que si étaient respectées les conditions nécessaires au libre déploiement de l'esprit critique qui doit constituer le fondement de toute recherche historique sérieuse.

<sup>1</sup> Composé de MM. Pierre Loison (président), André Golaz†, Francis Kolly et Henri Pingeon.

Engagé sur la toile de fond de cette singulière demande d'histoire, le défi n'était pas mince : il s'agissait de réaliser la tâche, très ambitieuse au vu du temps et des moyens disponibles, de couvrir l'ensemble de l'histoire hospitalière d'un pays qui, même s'il est relativement peu étendu, possède un patrimoine hospitalier très dense et ancien, marqué de plus par de grandes diversités d'une région ou d'un canton à l'autre. Comment s'y prendre sans en rester à la surface des choses, sans courir le risque de dresser un simple catalogue (lequel, d'ailleurs, aurait pu éveiller des rivalités entre hôpitaux jaloux de leur passé individuel) ? Pour appuyer l'accomplissement scientifique d'une telle entreprise, on pouvait compter sur une certaine expérience amassée au sein de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé (IURHMS, Universités de Genève et Lausanne), ainsi que par divers chercheurs des Universités de Suisse romande : une histoire de l'architecture des établissements psychiatriques avait été menée à la fin des années 1990 ainsi qu'une thèse d'histoire sur l'Hôpital de Genève dans l'Ancien Régime, différents inventaires et recensements d'établissements médicaux, sociaux et pédagogiques avaient été dressés, une recherche sur l'histoire de la profession d'infirmière en Suisse romande s'achevait, un livre sur la médecine dans le canton de Fribourg était publié, plusieurs numéros spéciaux de revues historiques ou médicales venaient d'être consacrés à l'histoire médicale et hospitalière, deux projets de recherche sur les hôpitaux généraux et psychiatriques du Canton du Valais étaient en cours, un ouvrage sur l'histoire de la Faculté de médecine de Genève se terminait, sans compter une large moisson d'articles et de mémoires de licences parus plus ou moins récemment sur le thème. Tout cela constituait un cadre de recherche déjà bien affûté, et alimenté par une bibliothèque spécialisée abondamment pourvue en documents relatifs à l'histoire hospitalière locale et générale : on pouvait donc, sans trop frémir, tenter d'affronter la demande de l'ADEHR de la façon la plus indépendante. Plus généralement, la possibilité s'offrait d'inclure la présente recherche dans une réflexion plus large menée par les différents chercheurs et chercheuses de l'IURHMS sur les rapports entre médecine et société, non seulement en Suisse romande, mais aussi dans un cadre plus élargi (comme le montre à diverses occasions cet ouvrage, notre pays n'est malgré tout pas coupé du reste de l'Europe, et traversé par des influences et des courants qui le déterminent largement)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Signalons notamment les ouvrages suivants : Catherine Fussinger & Deodaa Tevaeaari, *Lieux de folie, monuments de raison. Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*, Lausanne, Presses Polytechniques et Universitaires Romandes, 1998 ; Alain Bosson, *Histoire des médecins fribourgeois (1850-1900)*, *Des premières anesthésies à l'apparition des rayons X*, Fribourg, Université de Fribourg, 2000 ; Micheline Louis-Courvoisier, *Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien*

C'est dans ce contexte historiographique, à la croisée de plusieurs orientations – histoire institutionnelle, économique, prosopographique, professionnelle, technique – que s'est situé l'auteur, Pierre-Yves Donzé, jeune historien prêt à prolonger, sous la direction scientifique des deux signataires de ces lignes, et en constant dialogue avec les mandataires de l'ouvrage (dont l'efficace quête de fonds auprès de toutes sortes de donateurs a permis en grande partie le financement de cette étude), la recherche déjà entreprise dans un travail précédent, consacré à l'histoire de l'Hôpital des Bourgeois de Porrentruy<sup>3</sup>. L'impulsion première de son travail fut motivée par le souci de ne pas se centrer uniquement sur les établissements majeurs, lesquels, tels des monuments bien posés dans leur importance actuelle, ont facilement tendance à paraître installés « depuis toujours » : ce serait se laisser prendre au piège de l'arbre qui cache la forêt complexe et enchevêtrée, des multiples initiatives hospitalières. Il importait au contraire de recenser l'ensemble des établissements, principaux et secondaires, centraux et périphériques, généraux ou spécialisés, publics ou privés, de prendre en compte également les multiples établissements éphémères, ceux qui, après avoir été en fonction, durent pour diverses raisons être fermés (car ce n'est pas d'aujourd'hui qu'il existe une vie et une mort des hôpitaux), voire de considérer les projets conçus en des temps divers, mais jamais réalisés. Le travail d'archive et de documentation s'en trouvait considérablement augmenté, mais le bénéfice en valait la peine : en visant à dresser un tableau complet, à parcourir l'horizon de tout l'espace géographique romand, quelles que soient les régions ou les cantons, sans se laisser déterminer par des jugements *a priori* sur l'importance de tel ou tel établissement particulier, l'analyse historique peut alors mettre en relief une dynamique commune et dégager des tranches chronologiques significatives. Apparaît ainsi une périodisation globale, qui permet par exemple de distinguer la phase des hôpitaux urbains du premier XIX<sup>e</sup> siècle, ou la vague des premiers hôpitaux-infirmes à la fin

---

*Régime. Genève 1750-1820*, Genève, Georg, 2000 ; Joëlle Droux, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse romande (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, Université de Genève, thèse de doctorat, 2000 ; Geneviève Heller, Gilles Jeanmonod & Jacques Gasser, *Rejetées, rebelles, mal adaptées : débats sur l'eugénisme, pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XX<sup>e</sup> siècle*. Genève Georg, 2002 ; Marie-France Vouilloz Burnier & Vincent Barras, *De l'asile au réseau santé. Histoire de la santé publique et du système hospitalier dans le Canton du Valais (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, à paraître ; Philip Rieder, *Histoire de la Faculté de médecine de Genève*, à paraître ; Catherine Fussinger, *La psychiatrie au XX<sup>e</sup> siècle : des frontières incertaines. Étude historique basée sur le cas du Valais*, à paraître.

*Revue Historique Vaudoise*, 1995 (Catherine Fussinger et Chantal Ostorero, eds.), numéro spécial consacré à l'histoire de la médecine ; *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 126, 1996 (Vincent Barras et Jacques Gasser eds.), numéro spécial consacré à l'histoire de la psychiatrie et des neurosciences en Suisse romande ; *Revue historique neuchâteloise*, 1999 (Thierry Christ éd.), numéro spécial consacré à l'histoire de la médecine et des hôpitaux ; *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 130, 2000 (Vincent Barras éd.), numéro spécial « Médecine, histoire, société ».

<sup>3</sup> Pierre-Yves Donzé, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy, 1760-1870*, Porrentruy, CEH, 2000.

du XIX<sup>e</sup> siècle, le redéploiement hospitalier dans l'Entre-deux-guerres, l'explosion du système après 1945, les restructurations du dernier tiers du XX<sup>e</sup> siècle). De même, P.-Y. Donzé souligne la prégnance de tendances typologiques générales (comme les modèles des hôpitaux cantonaux ou régionaux,...), auxquelles s'opposent aussi, à l'occasion, des types hospitaliers plus spécifiques (établissements privés, ou établissements tenus par des religieux, ou liés à l'éveil industriel d'une région donnée,...) que seule la méthode comparative réussit à mettre en évidence.

Si l'on suit rigoureusement ce principe d'une analyse croisée et globale, l'histoire des hôpitaux suisses romands n'apparaît plus comme l'émergence plus ou moins simultanée d'établissements autonomes et isolés dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle. Il faut, bien davantage, la comprendre comme la construction d'un système complexe, reliant par toute une série de déterminations communes (comme la situation économique à telle ou telle époque, la prépondérance à telle autre époque de la philanthropie héritée de l'Ancien Régime, la question de la religion à telle autre époque encore,...) les histoires particulières de chacune des réalisations locales. Mais si le concept de système permet de rendre compte de l'histoire hospitalière dès le XIX<sup>e</sup> siècle sinon auparavant, il ne s'agit toutefois pas d'y lire une sorte de prémonition des mises en réseaux qui marquent si fort de leur poids l'époque actuelle. Car les différences d'un établissement à l'autre, même lorsqu'il s'en trouve dans la même ville, sont aussi grandes que leurs points communs. Au sein de grandes tendances configurant globalement le paysage hospitalier de la Suisse romande, chaque établissement adopte aussi son rythme propre, en fonction des déterminations locales. Par exemple, si le processus de médicalisation influence profondément l'ensemble des établissements dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il ne s'y réalise ni de façon uniforme et linéaire, ni sans controverses ou conflits : les progrès techniques de la médecine, spectaculaires durant toute la période considérée (comme la chirurgie, la radiologie, la pharmacologie...) ne coïncident pas toujours avec les besoins ou les ressources du moment ; la volonté de modernisation ou de prestige de l'idéologie médicale triomphante s'affronte souvent aux intérêts particuliers et aux pressions de l'économie ou de la politique.

Fort de ce type de constats, P.-Y. Donzé attire également notre attention sur la diversité des acteurs qui « ont fait » (et continuent de « faire ») les hôpitaux romands. Dans cette perspective, l'histoire du développement de ces derniers doit être comprise comme celle d'un équilibre toujours fragile entre intérêts des différents groupes en présence. La profession médicale et son évolution propre sont bien sûr déterminantes, comme le prouve l'importance prise à la fin du XIX<sup>e</sup> par les chirurgiens jusque dans la configuration architecturale des hôpitaux nouveaux, ou encore la diffi-

cile question de l'intervention des médecins extérieurs au sein de l'établissement. La question du personnel infirmier n'est pas moins cruciale, de même que celle des administrateurs, dont l'importance au sein de l'établissement croît de façon spectaculaire avec leur spécialisation et professionnalisation dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Et la liste n'est pas close, avec les multiples instances externes chargées, selon les cas, de la création, de la gestion, du contrôle et du financement de l'établissement, des philanthropes du XIX<sup>e</sup> siècle aux Conseils d'administration actuels : considéré sous cet éclairage, l'hôpital apparaît non seulement comme une « machine à guérir », mais aussi comme le poumon économique - parfois bien affaibli - de toute une région.

Ainsi, plutôt que de présenter de façon arbitraire quelques thèmes singuliers, plutôt que de privilégier le point de vue de tel ou tel des acteurs contemporains, P.-Y. Donzé fait avancer de front les nombreux facteurs qui, selon son analyse, déterminent dans leur interaction constante le développement des hôpitaux. Peut-être est-ce là une leçon que l'histoire bien comprise peut offrir au présent, en délaissant les simplifications réductrices ou partisans, en rendant compte de la complexité inhérente à un système, dont les développements et la « crise » contemporaine ne sont après tout qu'un avatar sur le temps long de l'histoire hospitalière. Cet ouvrage ne cherche pas à récuser les traditionnelles vertus commémoratives, toujours bienvenues, du récit historique. Toutefois, dans le contexte particulier qui l'a suscité, son ambition est autre : en s'adressant à un public élargi, professionnels de la santé, historiens avertis, acteurs du système hospitalier contemporain, et tous « laïcs » concernés (mais qui ne l'est pas, peu ou prou?), il espère apporter quelques modestes lumières dans le débat contemporain sur les hôpitaux ; non pas apporter la réponse miracle pour l'avenir, mais du moins aider celles et ceux dont c'est la tâche à poser les bonnes questions.

## INTRODUCTION

L'histoire des hôpitaux trouve ses origines dans les ouvrages commémoratifs et les plaquettes anniversaires de ces institutions. Souvent rédigées par un administrateur à la retraite ou un ancien médecin-chef, ces publications adoptent généralement une vision hagiographique, linéaire et positiviste du développement des hôpitaux, des origines médiévales pittoresques à notre médecine contemporaine, scientifique et moderne. Ainsi, chaque établissement possède son histoire officielle.

En Suisse romande<sup>1</sup>, ce n'est que dans les années 1980 que l'histoire hospitalière s'est intégrée à une réflexion plus globale, dans le cadre de la naissance d'un champ d'histoire sociale de la médecine autour des universités lémaniques<sup>2</sup>. De nombreuses monographies s'attachent ainsi à montrer comment la médecine est devenue omniprésente dans les hôpitaux romands à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au cours du XIX<sup>e</sup> siècle et quelle est l'incidence de cette médicalisation sur l'accueil des malades, le personnel hospitalier et la formation des médecins. Or, les aspects gestionnaires, financiers et organisationnels sont relativement peu abordés, alors même qu'ils définissent le cadre matériel dans lequel se réalise cette médicalisation. De plus, l'approche monographique ne permet pas toujours de saisir les problèmes hospitaliers dans leur globalité et l'étude de l'histoire des hôpitaux en tant que système amène des explications convaincantes<sup>3</sup>. Cette perspective ne laisse malheureusement que peu de place aux malades eux-mêmes, grands bénéficiaires et « matière première » de la médecine hospitalière. Aussi l'illustration de couverture redonne-t-elle un visage à tous ceux que ce travail réduit à quelques séries chiffrées.

---

<sup>1</sup> Pour un bilan historiographique plus complet, on se reportera à FAURE 1995 et DONZÉ 2000, pp. 14-18.

<sup>2</sup> La monumentale synthèse sur l'histoire de l'Hôpital général de Genève parue en 1985 apparaît ainsi comme un premier jalon et a ouvert la voie à de nombreuses recherches. Voir LESCAZE 1985 a.

<sup>3</sup> Pour l'exemple neuchâtelois, voir CHRIST 1997 et 1999.

Cet ouvrage se veut donc une synthèse sur l'histoire des hôpitaux de Suisse romande, abordée sous l'angle des systèmes hospitaliers. Menée au niveau romand, une telle étude permet de confronter des systèmes et des points de vue parfois très différents. En effet, l'extrême diversité de la Romandie, qu'elle soit économique, politique, sociale ou culturelle, fait qu'on assiste à la coexistence de multiples types d'hôpitaux. Il n'y a pas un modèle unique d'hôpital mais de nombreux établissements aux caractéristiques fort diverses. A leur origine, on trouve des religieuses, des aristocrates, des industriels, des médecins, mais aussi des collectivités publiques et des assurances privées. Tous ces acteurs ne donnent évidemment pas la même marque à leur institution, mais tous sont confrontés à des problèmes identiques de recrutement du personnel hospitalier, de pouvoir médical, d'adoption des nouvelles technologies, de ressources financières, etc. En fin de compte, il s'agit de comprendre sur quelles bases se produit l'extraordinaire croissance des systèmes hospitaliers après 1945 et comment on aboutit aux politiques actuelles de restructuration et de mise en réseau. L'histoire des hôpitaux de Suisse romande est donc essentiellement l'histoire de la confrontation d'institutions médicales diverses à des problèmes communs.

Dans un premier temps, j'évoque la naissance des hôpitaux au cours du Moyen Age et leur évolution sous l'Ancien Régime. Avant 1815, la Suisse romande possède en effet plusieurs hôpitaux urbains et il est nécessaire de bien saisir leur fonctionnement afin de comprendre pourquoi ils ne deviennent généralement pas les hauts-lieux de la médecine au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Ensuite, j'aborde le problème de la création des hôpitaux durant la période 1850-1914 selon un découpage thématique. Comme les facteurs à l'origine des hôpitaux (industrialisation, catholicisme social, radicalisme, Réveil protestant, etc.) transcendent les frontières cantonales, il était nécessaire de ne pas s'y tenir. Je présente donc quelques grands modèles d'hospitalisation, afin d'en dégager les lignes de force et les particularités. Par la suite, je m'intéresse à la confrontation de ces modèles au développement de la médecine hospitalière et aux différentes réponses qu'ils apportent au problème de la croissance. Deux périodes distinctes sont alors envisagées: l'Entre-deux-guerres (1914-1945), qui voit la naissance de systèmes hospitaliers homogènes, et les Trente Glorieuses (1945-1975), qui les font exploser. Enfin, les restructurations touchant nos hôpitaux contemporains sont abordées dans la continuité de ces développements.

Je ne saurais conclure cette introduction sans adresser mes plus vifs remerciements aux nombreuses personnes qui, par leurs conseils, leur accueil et leur soutien, m'ont permis de réaliser cet ouvrage. Toute ma

reconnaissance va d'abord à mes deux conseillers scientifiques, Vincent Barras et Geneviève Heller, qui m'ont accompagné avec leurs conseils avisés tout au long de ma recherche. J'adresse aussi toute ma gratitude à l'Association des directeurs d'établissements hospitaliers romands (ADEHR) et à son groupe de travail historique animé par Pierre Loison, directeur de l'Hôpital du Chablais, et André Golaz †, directeur honoraire de l'Hôpital de Morges, qui m'ont permis de réaliser cet ouvrage. Je remercie particulièrement les directeurs, secrétaires et archivistes des établissements hospitaliers qui m'ont aimablement accueilli et ouvert les portes de leurs archives. De même, je salue toutes celles et tous ceux qui m'ont orienté et conseillé dans les diverses Archives cantonales et communales visitées au cours de cette recherche. Enfin, j'adresse mes vifs remerciements au personnel de l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé à Lausanne, en particulier à Danièle Calinon, Eliane Lehmann et Suzanne Ostini, pour leur disponibilité de tous les instants. Que toutes et tous trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude.

# L'HÔPITAL AU MOYEN ÂGE ET SOUS L'ANCIEN RÉGIME

## Les origines médiévales de l'hospitalisation<sup>1</sup>

En Suisse romande, les premiers hôpitaux dont nous ayons gardé la trace apparaissent lors de la période carolingienne. Dans le cadre de la civilisation chrétienne qu'est le Moyen Âge, l'assistance aux pauvres est du ressort de l'Eglise. Ainsi, le concile d'Aix-la-Chapelle de 816 sanctionne la règle posée par saint Chrodegang, évêque de Metz en 750: les évêques doivent établir à leurs frais un hôpital pour y recevoir les pauvres. Ce serait là l'origine du premier hôpital de Lausanne au IX<sup>e</sup> siècle, ainsi que des hospices valaisans de Saint-Maurice et de Bourg-Saint-Pierre aux VIII<sup>e</sup>-IX<sup>e</sup> siècles<sup>2</sup>.

De nombreux hôpitaux et hospices sont créés ou administrés dès les XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> siècles par des ordres hospitaliers et chevaleresques qui s'établissent le long des grandes voies de communication pour accueillir pèlerins, croisés et voyageurs. Plusieurs d'entre eux appartiennent à l'Ordre du Temple, comme l'Hospice de la Chaux (Vaud) au début du XIII<sup>e</sup> siècle, ou à celui de Saint-Jean (hospices de Salquenen et de Saint-Jacques sur le Simplon). Quant à l'Abbaye de Saint-Maurice, elle possède sa propre infirmerie au moins dès le XII<sup>e</sup> siècle, et acquiert au XIV<sup>e</sup> siècle l'Hospice de Bracon (France) ainsi que l'Hôpital de Villeneuve<sup>3</sup>.

En Suisse romande, l'hospice le plus célèbre est celui du Grand-Saint-Bernard, ou Mont-Joux, fondé au milieu du XI<sup>e</sup> siècle par saint Bernard d'Aoste. Situé au plus important passage à travers les Alpes occidentales,

<sup>1</sup> Sans précision de ma part, les données citées ici sont tirées d'ANEX-CABANIS 1985 et d'OLIVIER 1939-1962.

<sup>2</sup> BERTRAND 1939, pp. 627 et 629.

<sup>3</sup> Pour l'ensemble des possessions de l'Abbaye de Saint-Maurice, voir COLLECTIF 1997, pp. 481-504.

il accueille principalement des voyageurs, parmi lesquels des pèlerins de Rome. L'importance de cet ordre religieux ne provient pourtant pas de son hospice principal mais du réseau très vaste de prieurés, d'églises et d'hôpitaux qui est le sien dans l'ensemble de la chaîne alpine, voire au-delà<sup>4</sup>. Outre une vingtaine d'hospices en-dehors de Suisse, principalement dans le nord de l'Italie et en France, les chanoines du Grand-Saint-Bernard possèdent neuf hôpitaux et hospices en terre romande, acquis entre le XI<sup>e</sup> et le XIV<sup>e</sup> siècle: Grand-Saint-Bernard au XI<sup>e</sup> siècle; Bourg-Saint-Pierre, Saint-Jean (Lausanne) et Vevey au XII<sup>e</sup> siècle; Bornu (Vaud), Moudon et Saint-Pierre (Fribourg) au XIII<sup>e</sup> siècle; Pizy (Vaud) et Saint-Antoine (Genève) au XIV<sup>e</sup> siècle. Les institutions situées dans les cantons de Genève et de Vaud seront « nationalisées » durant la Réforme protestante<sup>5</sup>.

Bien qu'administrés par des chanoines, ces hospices sont généralement créés par de tierces personnes qui en remettent la gestion entre les mains de religieux. On observe de nombreuses fondations d'hôpitaux de la part de la noblesse romande, dont l'un des plus anciens, l'Hospice Sainte-Marie d'Orbe, fondé au milieu du XI<sup>e</sup> siècle par le seigneur Rodolphe et sa famille. Ces créations se généralisent au cours des XIII<sup>e</sup> et XIV<sup>e</sup> siècles (La Vuachère 1202, Neuchâtel 1231, Villeneuve 1236, Moudon 1297, Vevey 1327, Neuchâtel 1373, etc.) et sont généralement conférées à l'Eglise. L'établissement d'Orbe est donné au prieuré de Romainmôtier et celui de Villeneuve à l'abbaye de Saint-Maurice. L'Hôpital de Neuchâtel fondé à la fin du XIV<sup>e</sup> siècle est administré par des religieux bisontins jusqu'à la Réforme. Quant aux hospices mis sur pied par les autorités ecclésiastiques, ils restent autonomes dans leur gestion. C'est notamment le cas de l'Hôpital de la Vierge, ou Grand Hôpital, créé en 1282 par l'évêque de Lausanne et son chapitre. A la Tour-de-Peilz, un hôpital est fondé au XV<sup>e</sup> siècle sous les auspices du clergé. En ville de Sion, le chapitre et l'évêque possèdent tous deux leur propre hôpital, respectivement depuis le milieu du XII<sup>e</sup> siècle et la fin du XIII<sup>e</sup> siècle. De plus, le Valais doit ses hôpitaux de Brigue (1291) et de Monthey (1384) à un évêque et à un curé. A Genève, l'Eglise détient jusqu'à la Réforme un droit de patronat sur les hôpitaux Notre-Dame du Pont, de la Trinité et de Marlioz.

Enfin, certains hospices doivent leur existence aux autorités urbaines (Fribourg milieu du XIII<sup>e</sup> siècle, Sion 1328, Porrentruy 1406) qui s'éman-

<sup>4</sup> L'influence du Grand-Saint-Bernard s'étend en réalité du prieuré de Londres au nord jusqu'aux Pouilles et en Sicile, au sud. TREMP 1997, pp. 162-163. Pour une vue d'ensemble de ses possessions, voir COLLECTIF 1997, pp. 223-254.

<sup>5</sup> Voir pp. 10-12.

cipent de la tutelle seigneuriale. Dans ces cas de figure, la gestion des hôpitaux n'est pas remise à un ordre religieux mais devient partie intégrante du patrimoine bourgeois<sup>6</sup>. A ce titre, on assiste à une mainmise des familles dirigeantes sur l'administration hospitalière, phénomène qui se généralisera au XVI<sup>e</sup> siècle<sup>7</sup>. De plus, les bourgeoisies urbaines se voient parfois confier la gestion de patrimoines hospitaliers, au cours du XV<sup>e</sup> siècle, de la part d'autorités ecclésiastiques (Delémont 1447).

Toutes ces institutions sont destinées aux nécessiteux dans leur ensemble. D'essence chrétienne, l'hôpital médiéval réunit toutes les fonctions de l'assistance que l'on ramènerait volontiers aux œuvres de miséricorde<sup>8</sup>: nourrir les affamés, donner à boire à ceux qui ont soif, loger les pauvres et les voyageurs, vêtir les sans-abris, soigner les malades et ensevelir les



Figure 1: *Musée historique de Lausanne* (C. Bornand, Lausanne).  
Le Conseil de ville de Lausanne ouvre en 1495 une maladière dans le territoire de Saint-Laurent. La chapelle date de 1523.

<sup>6</sup> J'utilise ici les termes « bourgeois » et « bourgeoisie » dans leur sens juridique et non social. Il s'agit donc des personnes originaires de leur lieu de domicile et des collectivités publiques qu'elles forment. On parle aussi parfois de « communiens ».

<sup>7</sup> Voir pp. 12-18.

<sup>8</sup> Si ce n'est la visite aux prisonniers.

morts. Il s'agit donc d'une institution qui accorde des secours de toute nature et qui n'est pas prioritairement destinée aux malades. Eugène Olivier affirme ainsi que « les malades ne sont pas exclus, mais ils ne sont, dans la règle, que des hôtes accidentels »<sup>9</sup>.

On voit pourtant apparaître au cours du Moyen Âge des établissements destinés à une catégorie bien précise de personnes, les malades contagieux. Situées aux abords des villes, ces maladières ou léproseries, servent à isoler les personnes atteintes de la lèpre ou d'autres maux (peste, etc.) dans un but de police sanitaire. Ces établissements sont extrêmement nombreux et se trouvent dans les abords de presque tous les petits bourgs romands. Pour le seul Pays de Vaud, on en recense plus de trente, dont la majorité sont ouverts dans la première partie du XIV<sup>e</sup> siècle<sup>10</sup>. Enfin, il existe à Genève un hôpital pour les pestiférés, dont la construction est décidée par le Conseil général en 1473, et qui ouvre ses portes en 1487. Après quelques décennies d'intense activité, cet établissement subit une profonde métamorphose en 1535, dans le contexte de réforme du système hospitalier genevois<sup>11</sup>. Bien qu'il ne soit pas intégré au nouvel Hôpital général fondé à ce moment, l'Hôpital des pestiférés de Plainpalais est laïcisé (suppression de la chapelle où des lits sont installés; fin des messes) et n'est désormais ouvert que temporairement, en cas d'épidémie. En-dehors de ces périodes de crise, la présence de pauvres est tolérée. Laissé à l'abandon après la dernière peste qui touche Genève en 1639, cet établissement est détruit en 1776.

### L'hôpital sous l'Ancien Régime

Les hôpitaux urbains d'origine médiévale sont l'objet de deux grandes réformes sous l'Ancien Régime qui vont faire de ces institutions des éléments centraux du pouvoir bourgeois dans la cité. En effet, le double mouvement de centralisation et de municipalisation qui s'opère au XVI<sup>e</sup> siècle, suivi d'une vaste phase de (re)construction au XVIII<sup>e</sup> siècle, reflète beaucoup plus la puissance de bourgeoisies urbaines en plein essor qu'un mouvement annonciateur de médicalisation.

Il faut aussi tenir compte dans cette perspective d'une nouvelle manière de considérer le pauvre dans la société. On passe en effet au XVI<sup>e</sup> siècle<sup>12</sup> de l'image médiévale, religieuse et idéalisée du pauvre, représen-

<sup>9</sup> OLIVIER 1939-1962, vol. 1, p. 189.

<sup>10</sup> Voir BORRADORI 1992.

<sup>11</sup> Voir ci-dessous, p. 12.

<sup>12</sup> Voir à ce sujet l'excellente petite synthèse de GUTTON 1974.

tant du Christ sur terre, à une conception beaucoup plus utilitariste et sécuritaire que la Réforme n'a pas pu contribuer à mettre en place. Désormais, au pauvre sont attachées toutes les formes du vice, du danger social et de la fainéantise. Il va s'agir de leur venir en aide mais en les contrôlant et les redressant, voire en les enfermant.

### Centralisation et municipalisation (XVI<sup>e</sup> siècle)

Ainsi, au XVI<sup>e</sup> siècle, l'affirmation d'un nouveau pouvoir, civil, laïc et urbain, coïncide avec l'apparition d'une politique d'assistance coercitive et répressive. Ce n'est donc pas un hasard si, un peu partout en Suisse romande, les bourgeoisies urbaines reprennent en main le contrôle et la gestion des institutions hospitalières alors en mains ecclésiastiques.

Même si, vers la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, les bourgeoisies contrôlent les hôpitaux urbains, le mouvement n'est pas uniforme en Suisse romande. Dans certaines villes, comme à Fribourg et à Porrentruy, les bourgeoisies ont elles-mêmes créé des hôpitaux au Moyen Âge et en gardent la haute main sous l'Ancien Régime. Ce cas de figure n'est pas forcément gage de pérennité. En effet, à Porrentruy, où la bourgeoisie fonde son hôpital en 1406<sup>13</sup>, on observe au cours du XVI<sup>e</sup> siècle une remise en question de l'exclusivisme de la gestion bourgeoise de la part du pouvoir épiscopal bâlois, fraîchement établi à Porrentruy (1528)<sup>14</sup>. Dans le cadre d'une vigoureuse politique de Contre-Réforme, c'est finalement le prince Jacques-Christophe Blarer de Wartensee qui va soumettre l'administration des affaires communales bruntrutaines, et donc de l'hôpital, au regard de ses représentants (1598).

Le cas fribourgeois présente quelques particularités. L'Hôpital bourgeoisial Notre-Dame de cette ville, fondé vers le milieu du XIII<sup>e</sup> siècle, est dirigé dès cette époque par les autorités urbaines. Bien que catholique, cet hôpital profite au XVI<sup>e</sup> siècle de la sécularisation des biens du clergé. En effet, ayant participé à la conquête du Pays de Vaud avec les Bernois en 1536, les autorités fribourgeoises reçoivent plusieurs biens, dont certains sont remis à l'hôpital bourgeoisial en 1536-1538<sup>15</sup>. Cette époque est aussi celle de la déchéance des derniers seigneurs féodaux, remplacés par le patriciat urbain dans les classes dirigeantes: les biens du dernier comte de Gruyère, ruiné et exilé au milieu du siècle, sont partagés entre les cantons

---

<sup>13</sup> Voir DONZÉ 2000, pp. 26-27.

<sup>14</sup> Fuyant la Réforme en ville de Bâle.

<sup>15</sup> Notamment le domaine de la Chartreuse de la Lance, près de Grandson, ainsi que la seigneurie de Semsales, qui appartenait à l'Abbaye de Mont-Joux. Voir RAEMY 1889, pp. 40-44.

de Berne et de Fribourg en 1555. Le mobilier de son château est remis à l'Hôpital bourgeoisial de la ville de Fribourg.

Dans d'autres villes, les bourgeoisies reprennent en main des administrations hospitalières qui appartenaient à des ecclésiastiques ou à la noblesse locale. La transition ne se fait pourtant pas en douceur et il faut souvent compter avec de longs conflits pour que l'on accepte la mainmise bourgeoise sur les hôpitaux.

C'est notamment le cas à Neuchâtel<sup>16</sup> où la princesse Jeanne de Hochberg sécularise l'hôpital, comme les autres institutions religieuses, lors de la Réforme et remet celui-ci entre les mains de la bourgeoisie (1539). Avec l'hôpital, la princesse cède une partie des biens du chapitre et tous ses droits, ainsi que la possibilité pour les Quatre Ministraux<sup>17</sup> de nommer l'hospitalier (1558). Cette cession entraîne alors une forte réaction des successeurs de la princesse, appuyés par les cantons suisses et quelques nobles français apparentés aux comtes de Neuchâtel, qui désirent recouvrer la fortune familiale. Les conflits entre le prince et la bourgeoisie vont durer durant toute la seconde partie du siècle. Cette dernière profite de l'affaiblissement du pouvoir princier<sup>18</sup> et se fait remettre l'administration de l'hôpital en 1585.

En Valais aussi, la transition se fait dans la douleur<sup>19</sup>. L'Hôpital Saint-Jean de Sion, issu de la fusion de trois hôpitaux et d'une maladrerie (1388), est depuis lors contrôlé conjointement par l'Evêché, le Chapitre et la ville. Après une lutte acharnée contre les pouvoirs ecclésiastiques, la bourgeoisie sédunoise devient seul propriétaire de l'hôpital en 1569.

Dans le Pays de Vaud<sup>20</sup>, la mainmise des municipalités sur les hôpitaux d'origine particulière ou ecclésiastique date de la fin du Moyen Age, probablement du XV<sup>e</sup> siècle, et s'achève avec la Réforme et la conquête bernoise (1536). Quelques hôpitaux peu importants, comme celui d'Aigle, sont supprimés, alors que le richissime Hôpital de Villeneuve passe sous administration directe des autorités bernoises. A Lausanne, la municipalisation des hôpitaux s'inscrit dans un contexte de lutte entre la ville et le pouvoir ecclésiastique (évêque et chapitre). L'Hôpital de la Vierge Marie<sup>21</sup> est saisi en 1528 par le Conseil de Lausanne « considérant que les biens de l'hôpital de la Vierge étaient mal administrés et qu'il tombait dans la pau-

<sup>16</sup> Voir QUARTIER-LA-TENTE 1898, pp. 412-416 et LOEW 1968, pp. 127-144.

<sup>17</sup> Autorité bourgeoise suprême.

<sup>18</sup> Suite au décès de Jeanne de Hochberg (1543), on assiste à une succession de régences et de très courts règnes, jusqu'à l'accession au pouvoir d'Henri II d'Orléans-Longueville (1595-1663).

<sup>19</sup> Voir DROUX 1996, pp. 76-77.

<sup>20</sup> OLIVIER 1939-1962, vol. 1, pp. 185-192.

<sup>21</sup> Fondé au XIII<sup>e</sup> siècle et administré par le chapitre.

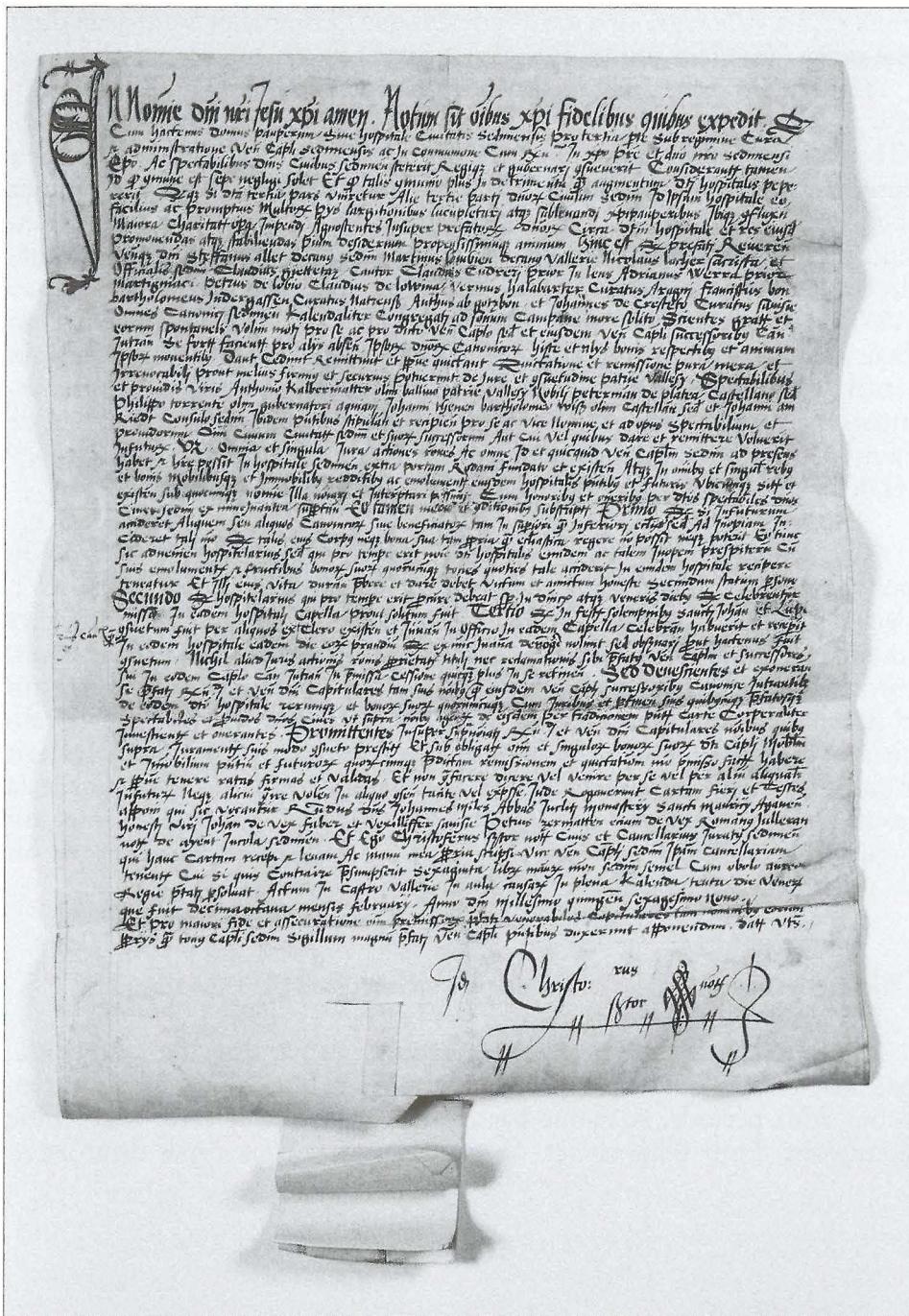


Figure 2: Archives du Chapitre de Sion (R. Hofer, Sion).  
Donation des droits du Chapitre sur l'hôpital à la bourgeoisie de Sion, 1569.

vreté »<sup>22</sup>. La ville reprend aussi à cette époque l'Hôpital de Saint-Jean dont elle revend les biens immobiliers à des particuliers.

Enfin, c'est à Genève que l'on rencontre l'exemple de réforme rationaliste et laïcisante le plus abouti en Suisse romande, avec la création de l'Hôpital général<sup>23</sup> (1535). Ici aussi, on observe des rapports conflictuels entre la ville et le chapitre cathédral qui empêcheront dans un premier temps une refonte des hôpitaux médiévaux en une nouvelle institution, suite au refus de ce dernier de financer le projet (1508). Il faut alors attendre les débuts de la Réforme dans les années 1530 et le départ de l'évêque (1533) pour que les autorités communales, devenues gouvernement d'un Etat, décident la création de l'Hôpital général, le 14 novembre 1535, six semaines après l'abolition de la messe. Né de la fusion de sept établissements médiévaux, il prend place dans les bâtiments de l'ancien couvent de Sainte-Claire et est administré par des procureurs nommés par les autorités de la ville.

Ces quelques exemples rapidement abordés montrent l'affirmation du pouvoir bourgeois qui s'arroge la gestion des hôpitaux au cours du XVI<sup>e</sup> siècle. A plusieurs reprises, la Réforme protestante est l'occasion pour les municipalités de reprendre en main la gestion des biens ecclésiastiques, parmi lesquels les hôpitaux. Mais ce double mouvement de centralisation et de municipalisation ne s'explique pas uniquement par des causes religieuses, puisqu'on trouve plusieurs exemples en terre catholique<sup>24</sup>. Il s'agit d'abord d'un problème social: les bourgeoisies urbaines deviennent la nouvelle force économique et politique dominante qui pèse de tout son poids dans les affaires de la cité. L'hôpital est au cœur de cette affirmation du pouvoir bourgeois durant tout l'Ancien Régime.

### L'hôpital, un instrument au service du pouvoir bourgeois (XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles)

L'administration des hôpitaux est confisquée par la haute bourgeoisie, patriciat urbain qui opère un mouvement de repli et de fermeture au début de la période, et même par quelques familles de cette aristocratie bourgeoise. Pour schématiser, on peut identifier deux types d'autorités.

<sup>22</sup> EXTRAITS 1888, p. 77.

<sup>23</sup> Voir LESCAZE 1985 a et notamment la contribution de LESCAZE 1985 b.

<sup>24</sup> En-dehors de la Suisse romande, c'est notamment le cas au Tessin et en Bretagne. Voir LACHARME à paraître.

*Les administrateurs*

Il existe tout d'abord un contrôle externe à l'institution. Il s'agit généralement d'un conseil, d'une chambre de charité ou de quelques administrateurs, nommés par les autorités de la ville, et qui assurent la haute surveillance de l'hôpital (gestion de la fortune, contrôle des comptes, surveillance des bâtiments, etc.). Ces fonctions sont assurées par l'élite de la communauté urbaine.

Les exemples genevois et lausannois illustrent parfaitement ce phénomène<sup>25</sup>. On observe dans les deux cas une prédominance de l'oligarchie locale qui reflète la composition des organes du pouvoir bourgeois. Ainsi, à Genève, 30 familles se partagent 58.5% des postes de procureurs<sup>26</sup> entre 1708 et 1793. La plupart alliées entre elles<sup>27</sup>, ces familles évoluent aussi dans les milieux de la banque, de la justice et de la politique. La tendance est la même à Lausanne, où 15 familles détiennent plus de la moitié des postes de direction (57.0%) entre 1721 et 1796. Dans les deux cas, on observe une permanence de certaines familles et la transmission de sièges de père en fils. La gestion du patrimoine hospitalier occupe une place de choix dans le *cursus honorum* bourgeois. A Genève, il s'agit d'une étape, d'un tremplin, qui permet d'accéder à une charge plus honorifique ou plus rentable: près de la moitié des procureurs obtiennent un siège au Conseil des Vingt Quatre et un tiers accède au poste de syndic. A Lausanne, il en va un peu différemment: la charge de procureur est un poste prestigieux auquel on termine souvent sa carrière.

La situation est identique dans les villes plus petites, où il n'y a pas toujours de conseil d'administration particulier. A Fribourg, l'administration est contrôlée par une Chambre composée des seigneurs patrimoniaux de l'Etat (trésorier, bannerets et chancelier) ainsi que de cinq représentants des organes décisionnels de l'Etat (Petit Conseil, Conseil des Soixante, Conseil des Deux Cents). En ville de Neuchâtel<sup>28</sup>, ce sont deux des quatre maîtres-bourgeois qui assurent l'intendance de l'hôpital municipal. A Porrentruy<sup>29</sup>, entre 1557 et 1664, on dénombre un total de 21 administrateurs, parmi lesquels il y a six receveurs de la bourgeoisie (28.6%), cinq maîtres-bourgeois (23.8%), quatre conseillers (19.0%) et quatre lieutenants (19.0%). Quant à l'Hôpital de Sion, il est administré sur le même modèle par une commission administrative nommée par les autorités bourgeoises.

<sup>25</sup> Voir LOUIS-COURVOISIER 2000 et LACHARME à paraître.

<sup>26</sup> Les procureurs sont les membres de la direction administrative de l'institution.

<sup>27</sup> LOUIS-COURVOISIER 1997, p. 94.

<sup>28</sup> QUARTIER-LA-TENTE 1898, p. 415.

<sup>29</sup> VAUTREY 1878, pp. 290-312.

Dans ces cas de figure, ce sont donc les élites dirigeantes des villes qui administrent directement les institutions hospitalières de leur cité.

Les représentants religieux sont très peu présents dans ces diverses administrations et reflètent une réelle volonté des autorités municipales de tenir le pouvoir religieux à l'écart. C'est particulièrement le cas à Lausanne, lorsque le bourgmestre Polier demande en 1785 au Conseil des Deux Cents l'introduction de pasteurs à la direction. Sans illusion, il s'exprime ainsi devant l'assemblée :

«Je m'attends que cette proposition d'introduire dans notre Direction des Pauvres, un ou deux Messieurs de nos pasteurs sera fortement combattue et désapprouvée de la part de certaines personnes qui sont contre le clergé en général, s'imaginent qu'on ne peut sans danger lui confier la plus petite partie dans aucune espèce d'administration.»<sup>30</sup>

A Porrentruy<sup>31</sup>, dans les années 1740, la bourgeoisie se bat contre l'imposition par le pouvoir épiscopal de confrères de Saint-Michel dans la gestion de l'hôpital. En relative position de faiblesse, elle doit néanmoins les accepter dans le cadre de la réorganisation hospitalière des années 1760. Fribourg et Sion, deux hauts lieux du catholicisme romand, ne comptent aucun religieux dans leur administration. La situation est un peu différente à Genève<sup>32</sup>, où la Compagnie des pasteurs a obtenu dès la création de l'Hôpital général une mission de contrôle gestionnaire. Relevant une mauvaise gestion des biens hospitaliers (1604), elle obtient en 1613 l'augmentation du nombre de procureurs et la présence d'un ministre au sein de la direction.

S'ils sont relativement absents de l'administration, les religieux sont en revanche bien présents dans les bâtiments, au chevet des malades, aussi bien en terre protestante que catholique. Dans des sociétés encore très religieuses et dans des institutions où la mort est très présente (15-19% des hospitalisés à Genève en 1750-1819<sup>33</sup>; 4-12% à Porrentruy en 1767-1784<sup>34</sup>), ils apportent une «consolation thérapeutique»<sup>35</sup> aux indigents hospitalisés. A l'Hôpital général de Genève, la direction décide même d'instaurer en 1651 un pasteur résident qui s'occuperait de la visite aux malades et de l'instruction religieuse. Dans la pratique, il sera pourtant très difficile de

<sup>30</sup> Cité par LACHARME à paraître.

<sup>31</sup> DONZE 2000, pp. 28-29.

<sup>32</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, pp. 95-100.

<sup>33</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 244.

<sup>34</sup> DONZE 2000, p. 116.

<sup>35</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 133.

trouver un pasteur acceptant cette charge qui nécessite de prendre habitation à l'hôpital. Le poste est souvent laissé vacant à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Dans le Valais, même si la bourgeoisie de Sion s'est emparée de la possession et de la gestion de l'hôpital, sa direction interne est laissée aux religieux: un premier chanoine est nommé à cette charge en 1569. Certains d'entre eux jouent un rôle fondamental dans le développement de l'institution, à l'image du père Ignace Schüler. Ce Jésuite saint-gallois cumule dès 1763 les charges de professeur au collège et de directeur de l'hôpital. Il y introduit les sœurs hospitalières en 1771.

### *L'hospitalier*

La direction interne de l'institution (surveillance des hospitalisés et du personnel subalterne, tenue des livres de comptes, etc.) est remise entre les mains d'un hospitalier, qui habite généralement avec sa famille dans les murs de la maison. Cette fonction moins prestigieuse est plutôt exercée par la moyenne bourgeoisie. L'hospitalier est une sorte de gérant et il est surtout le relais entre l'hôpital et les classes dirigeantes de la cité. A Neuchâtel<sup>36</sup>, cette fonction est créée en 1539 lorsque la bourgeoisie entre en possession une première fois de l'hôpital. Elle est confiée à un membre du Conseil général pour une durée de deux ans, portée à trois ans en 1668. La même année, on y adjoint un sous-hospitalier. Berthier affirme que l'emploi d'hospitalier «est considéré comme l'un des plus lucratifs de la ville»<sup>37</sup>. La durée du mandat est sensiblement la même à Genève (six ans au XVIII<sup>e</sup> siècle) mais beaucoup plus longue à Lausanne, où cinq individus occupent cette charge entre 1721 et 1796, dont trois pendant plus de 15 ans chacun<sup>38</sup>.

L'hospitalier s'occupe aussi des soins aux malades. C'est notamment le cas à Neuchâtel au XVII<sup>e</sup> siècle et à Genève, où on trouve même un médecin, Abraham Joly, nommé à ce poste en 1787<sup>39</sup>. Dans cette ville, l'hospitalier doit assurer la propreté et la bonne alimentation des malades, ainsi que le contrôle des prescriptions des médecins et chirurgiens.

Dans certains petits hôpitaux, comme à Porrentruy, il n'y a pas d'hospitalier. Ce sont alors les autorités de la ville qui exercent directement ces fonctions.

<sup>36</sup> QUARTIER-LA-TENTE 1898, p. 415.

<sup>37</sup> AEN, Fonds Berthier, Essai sur l'état actuel de la Principauté de Neuchâtel, s.d.

<sup>38</sup> LACHARME à paraître.

<sup>39</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, pp. 128-132 et ZURBUCHEN 1985.

*Les hospitaliers fribourgeois de 1500 à 1798*<sup>40</sup>

Le cas de Fribourg est un peu particulier, dans le sens qu'il n'y a pas de conseil de direction de l'hôpital. Le patriciat de cette ville reporte son attention sur la charge d'hospitalier dont il fait une étape importante du *cursus honorum* durant tout l'Ancien Régime. Une rapide étude prosopographique montre comment la fonction d'hospitalier est intégrée à la gestion des affaires publiques et de quelle manière elle évolue au cours du temps. On dénombre entre 1500 et 1798 un total de 66 hospitaliers, dont 36 ont été identifiés (54.5%). Tous proviennent des familles patriciennes qui dominent la société fribourgeoise d'Ancien Régime. L'hospitalier est nommé par les autorités urbaines.

Aux XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles<sup>41</sup>, la fonction d'hospitalier est une charge honorifique obtenue en fin de carrière. Les deux seuls hospitaliers dont la date de naissance est connue sont nommés à ce poste à 58 ans. Dix d'entre eux y terminent leur carrière de magistrat, dont sept au XVI<sup>e</sup> siècle (parmi lesquels quatre pour cause de décès). Les patriciens qui sont nommés à d'autres postes après cette charge occupent généralement des fonctions dirigeantes importantes: on compte un bourgmestre, cinq bannerets, un membre du Conseil secret et trois du Petit Conseil<sup>42</sup>. L'essentiel de la carrière de magistrat se fait donc avant d'être nommé hospitalier. Presque tous sont passés par les divers organes politiques existants: huit siègent au Conseil des Deux Cents, dix-huit au Conseil des Soixante et onze au Conseil secret (dont neuf au XVI<sup>e</sup> siècle), noyau du pouvoir et sommet de la carrière politique avant 1798. En outre, on dénombre douze baillis, huit bannerets, six édiles (tous au XVI<sup>e</sup> siècle), un bourgmestre, ainsi que de nombreuses charges administratives (percepteur de l'ohmgeld, directeur de l'arsenal, etc.). Les hospitaliers des XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles sont donc des magistrats arrivés au sommet de leur carrière, qui consacrent quelques années (4.4 en moyenne) à la gestion du patrimoine de l'Hôpital Notre-Dame. On ne sait pas vraiment en quoi consiste cette fonction. Il est en tout cas évident qu'elle participe au rayonnement social des élites dans leur cité et au renforcement de leur pouvoir symbolique<sup>43</sup>. Mais, au vu du profil social de ces individus, il est impensable que les hospitaliers fri-

<sup>40</sup> L'analyse faite ici se base sur la liste des hospitaliers établie par RAEMY 1889, pp. 78-80. Les renseignements biographiques sur ces individus sont tirés du DHBS et de RAEMY 1898.

<sup>41</sup> 22 hospitaliers identifiés sur un total de 46, soit 47.8%.

<sup>42</sup> Le total des fonctions citées ici peut dépasser celui du nombre d'hospitaliers car certains d'entre eux occupent plusieurs fonctions, toutes dénombrées ici.

<sup>43</sup> Selon Pierre Bourdieu, le capital symbolique est une ressource dont disposent les classes dominantes et qui provient de la reconnaissance, par les classes dominées, de la légitimité de la domination. Il s'ajoute aux capitaux économiques, sociaux et culturels que possèdent déjà les classes dominantes. Voir BOURDIEU 1979.

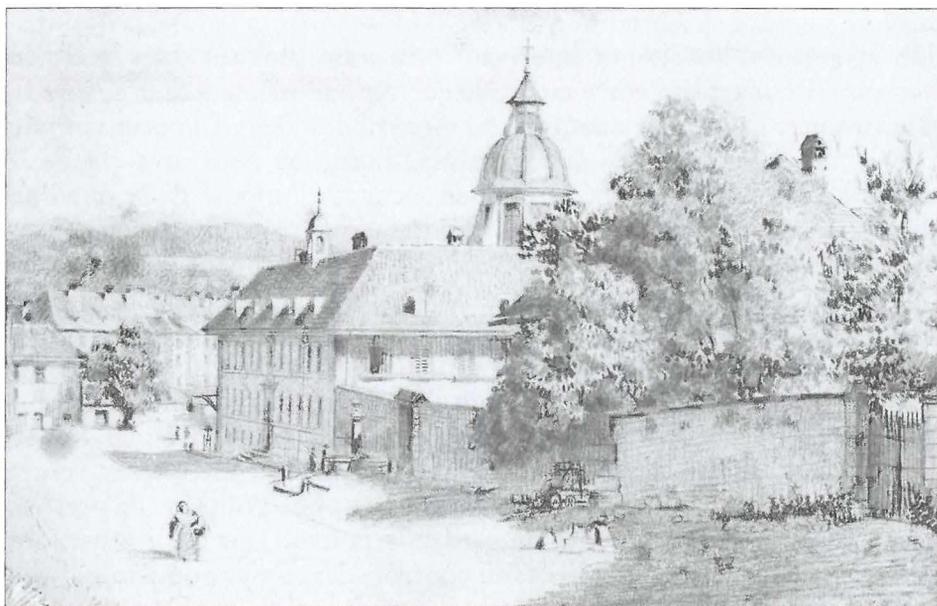


Figure 3: *Musée d'art et d'histoire, Fribourg* (P. Bosshard, Fribourg).  
Hôpital des Bourgeois de Fribourg, dessin de Joseph-Auguste Dietrich, milieu du XIX<sup>e</sup> siècle.

bourgeois gèrent et contrôlent au quotidien cette maison des pauvres qu'ils habiteraient eux-mêmes, comme c'est le cas ailleurs en Suisse romande. Il est fort probable que celle-ci est remise entre les mains d'un fonctionnaire (chasse-gueux, gardien des pauvres, etc.) qui assure l'accueil des pauvres et la distribution des aumônes.

La situation est différente au XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>44</sup> et reflète l'évolution que connaît l'hôpital au cours de ce siècle. Le bâtiment, dont la reconstruction avait été décidée en 1682, nécessite un engagement en temps plus important et la durée de la charge d'hospitalier est repoussée à huit ans en 1759. L'hôpital n'est plus une simple fondation dont il s'agit de gérer les fonds mais demande une attention beaucoup plus soutenue. La charge devient moins honorifique et est confiée à des hommes au début de leur carrière de magistrat mais dans la fleur de l'âge (50.9 ans en moyenne lors de leur entrée en fonction<sup>45</sup>). Cinq d'entre eux y terminent leur carrière, dont Jean-Pierre Ratzé, décédé prématurément à l'âge de 44 ans en 1760, et son successeur, Simon-Tobie Gerffer, probablement nommé dans l'urgence à

<sup>44</sup> 14 hospitaliers identifiés sur un total de 20, soit 70.0%.

<sup>45</sup> Moyenne calculée d'après les âges connus de neuf hospitaliers.

cause de son expérience administrative<sup>46</sup>. De manière générale, la nomination au poste d'hospitalier intervient beaucoup plus tôt dans le *cursus honorum*. Pour trois d'entre eux, cela correspond même à leur entrée en magistrature. Il y a cinq membres du Conseil des Deux Cents et cinq du Conseil des Soixante, ainsi que six baillis. Enfin, on ne trouve que deux bannerets et deux membres du Conseil secret. A l'opposé de ce que l'on observe aux siècles précédents, les hospitaliers ont encore une riche carrière après l'exercice de cette fonction. Cinq deviennent membres du Conseil des Soixante et quatre du Conseil secret. Cinq occupent des postes de banneret, cinq sont nommées baillis et un bourgmestre.

Cette rapide analyse prosopographique montre la place importante qu'occupe la gestion des hôpitaux sous l'Ancien Régime pour l'oligarchie urbaine. Et, même si l'hôpital connaît une certaine réforme au XVIII<sup>e</sup> siècle, les classes dirigeantes s'arrangent pour que son contrôle reste entre leurs mains. Cette politique n'est pas seulement une politique de prestige social, mais aussi une volonté de garder le pouvoir sur des institutions généralement riches et utiles au contrôle des classes populaires.

### *L'hôpital, une puissance économique*

Si la haute bourgeoisie investit les organes de la gestion hospitalière, c'est qu'elle y a un intérêt matériel direct. Déjà au XVI<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux sont des institutions extrêmement riches, qui possèdent de nombreux capitaux et un patrimoine foncier vaste, bien que très hétérogène (champs, prés, forêts, vignes, maisons, moulins, etc.). Cette fortune provient des biens-fonds des hôpitaux médiévaux acquis par les bourgeoisies, ainsi que par la « nationalisation » des biens du clergé en terre protestante (Genève, Lausanne, Neuchâtel). Elle va ensuite croître aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles grâce aux legs de bourgeois fortunés ou aux dons directs des autorités (Genève)<sup>47</sup>. Les documents d'archives concernant la gestion au quotidien de ce patrimoine (baux, encaissement des redevances, etc.) sont très nombreux mais ne permettent que très difficilement d'apprécier l'étendue de cette fortune à un moment donné. On sait pourtant qu'en 1798, l'Hôpital général de Genève possède 222.4 hectares de biens immobi-

<sup>46</sup> Simon-Tobie Gerffer (?-1774): membre du Conseil des Deux Cents (1737), sous-commissaire d'Etat (1739), bailli (1743), membre du Conseil des Soixante (1751) et membre du Conseil secret (1753). Ratzé étant mort une année seulement après l'adoption du nouveau règlement d'organisation et d'administration de l'hôpital (1759), il est fort probable que les autorités aient confié le poste d'hospitalier à un homme d'expérience afin d'en assurer l'application.

<sup>47</sup> La Seigneurie de Genève cède à l'Hôpital général les revenus herbagers des glacis des fortifications (1662), les bois de Jussy (1668) et le lazaret de la Châtelaine (1724). ZUMKELLER 1985, p. 269.

liers<sup>48</sup>. Quant à son fonds capital, il est en permanente croissance au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, passant de 1.2 million de livres en 1712 à 3.2 millions en 1798<sup>49</sup>.

Les produits de ces institutions sont considérables. Ils servent tout d'abord à la consommation interne, au fonctionnement de la maison et à l'assistance aux indigents. Mais les municipalités recourent aussi à ces revenus pour payer certaines fonctions utiles à la cité, telles que médecin des pauvres (Genève, Lausanne, Neuchâtel, Porrentruy), chasse-gueux ou chasse-coquin<sup>50</sup> (Neuchâtel, Porrentruy), sage-femme (Porrentruy), enseignant (Lausanne, Neuchâtel, Porrentruy) et autres fonctionnaires bourgeois (Neuchâtel, Porrentruy). Parfois, l'utilisation des revenus hospitaliers à des fins municipales peut aller beaucoup plus loin. C'est notamment le cas à Genève<sup>51</sup>, où l'Etat utilise dès le XVI<sup>e</sup> siècle les revenus hospitaliers pour palier le manque de ressources de la Seigneurie. Cette politique entraîne à plusieurs reprises entre 1584 et les années 1610 la réaction de la Compagnie des pasteurs qui demande la séparation des comptes de l'Etat de ceux de l'Hôpital général.

La gestion des fortunes hospitalières et le placement de leurs capitaux ont une grande importance dans des villes où elles sont souvent « l'une des principales sources d'argent frais »<sup>52</sup>. Par le contrôle des prêts, les oligarchies urbaines s'assurent des liens de clientèle dans la cité et son arrière-pays<sup>53</sup>. Mais surtout, les administrateurs de ces biens et leur famille tirent un avantage direct de leur position privilégiée. Ainsi, à Genève<sup>54</sup>, on trouve de nombreuses personnalités parmi les débiteurs de l'hôpital vers le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle. En 1573, les prêts se montent au total à plus de 1'700 écus et près de 2'000 florins. Une politique identique est attestée à Porrentruy jusqu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>55</sup>.

### *Au cœur de l'assistance*

L'hôpital tel qu'on le conçoit sous l'Ancien Régime a un rôle central dans la politique des populations et la politique d'assistance des autorités

<sup>48</sup> Ibidem.

<sup>49</sup> ODIER-CAZENOVE 1862, p. 54.

<sup>50</sup> Il distribue les aumônes aux pauvres et chasse ou enferme les mendiants.

<sup>51</sup> LESCAZE 1985 b, p. 57.

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> Pour l'exemple français, voir HICKEY 1997. Selon cet historien, le clientélisme que permet la gestion des biens hospitaliers est l'une des causes du maintien d'hôpitaux dans les bourgs provinciaux français, malgré une politique royale réformatrice et centralisatrice.

<sup>54</sup> LESCAZE 1985 b, p. 58.

<sup>55</sup> DONZE 2000, p. 51.

municipales. Les nouvelles conceptions en matière d'assistance ne tolèrent plus la pauvreté affichée et la mendicité. Avec la municipalisation, l'hôpital devient le principal lieu d'action caritative et répressive des autorités municipales. Ces deux aspects de la politique hospitalière sont intimement liés et permettent « le contrôle de la classe dirigeante sur le peuple »<sup>56</sup>. A Genève, l'Hôpital général est l'occasion d'une confrontation entre le pouvoir et le peuple. Les huit directeurs de l'institution sont chacun responsables à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle d'un quartier de la ville et ce sont eux qui distribuent les billets d'entrée dans l'établissement. De plus, on retire ses droits civiques à tout citoyen ou bourgeois qui tombe à long terme à la charge de l'assistance. A Sion, on adjoint dès le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle au directeur de l'hôpital un individu pour chaque quartier de la ville, chargé d'y contrôler ce qui s'y passe et d'en tenir informé le directeur<sup>57</sup>. Partout, la population hospitalisée est diverse et très hétérogène, si ce n'est le point commun de l'indigence.

On y trouve pêle-mêle des vieillards, des enfants abandonnés, des filles-mères, des malades et des aliénés. Tous les âges de la vie s'y côtoient :



Figure 4: *Musée d'Art et d'Histoire, Neuchâtel.*  
L'Hôpital de la Ville de Neuchâtel en 1783, aquarelle de Burckhardt.

<sup>56</sup> LOUIS-COURVOISIER 1997, p. 2.

<sup>57</sup> AEV, DI 267.1.3, Acte de remise de l'hôpital à la bourgeoisie par l'évêque, 30 juin 1569.

à Genève, les enfants accueillis en 1745-1785<sup>58</sup> représentent l'équivalent de 2% des naissances, alors que 17% des décès en 1780<sup>59</sup> se passent à l'hôpital. Comme on héberge des orphelins, les fonctions éducatives sont importantes et on note la présence occasionnelle de régents et de pasteurs. La plupart du temps, ces enfants sont placés chez des nourrices puis dans des familles à la campagne mais dépendent de l'administration hospitalière. Ils sont très nombreux: 370 en 1743 et 384 en 1799 à Genève<sup>60</sup>. A Lausanne, au XVI<sup>e</sup> siècle, on garde les enfants abandonnés en milieu hospitalier, où l'on emploie des nourrices pour une moyenne de 12 à 20 enfants par an<sup>61</sup>.

Mais l'hôpital est aussi le lieu où l'on enferme les mendiants, les petits délinquants, les ivrognes, les aliénés et tous ceux qui troublent l'ordre public. C'est dans cette perspective qu'on ouvre la Discipline à Genève en 1631<sup>62</sup> et qu'on les met au travail, dans un but éducatif, dans des manufactures peu rentables<sup>63</sup>. L'enfermement de mendiants est surtout une réalité du XVII<sup>e</sup> siècle: on en dénombre 112 entre 1656 et 1669 et seulement quatre pour la période 1760-1798<sup>64</sup>. On trouve aussi des maisons de correction de ce type dans un bâtiment attenant à l'Hôpital de Neuchâtel et dans le cadre de l'Hôpital bourgeoisial de Fribourg.

La présence de malades est occasionnelle et ceux-ci ne sont ni isolés ni traités de manière particulière. Leur hospitalisation provient du fait que la maladie ou l'accident peuvent mener à une indigence passagère en cas d'impossibilité de travail. A Lausanne, dans la seconde partie du XVI<sup>e</sup> siècle, les malades sont largement minoritaires. On en compte souvent moins d'une dizaine par année. En 1579-1580, après le dénombrement d'une douzaine de malades, le recteur de l'hôpital ajoute: «Outre plusieurs autres pauvres non dénombrés, lesquels ne sont ici mis par le menu parce que le nombre serait infini.»<sup>65</sup>

Enfin, l'hôpital reste un lieu ouvert sur la société dans ses fonctions caritatives. L'assistance à domicile (comme le placement familial de vieillards à Genève) reste extrêmement importante. De plus, dans la continuité de la tradition médiévale d'accueil des pèlerins, l'hôpital

<sup>58</sup> LOUIS-COURVOISIER 1997, p. 29.

<sup>59</sup> MOTTU-WEBER 1994, p. 51.

<sup>60</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 26.

<sup>61</sup> OLIVIER 1939-1962, vol. 1, p. 538.

<sup>62</sup> LOUIS-COURVOISIER 1994.

<sup>63</sup> MOTTU-WEBER 1982.

<sup>64</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 31. On retrouve ce même phénomène ailleurs en Europe à pareille époque. Voir FOUCAULT 1972, principalement pp. 67-109.

<sup>65</sup> OLIVIER 1939-1962, vol. 1, p. 536.

devient le lieu où l'on distribue la passade aux voyageurs et l'aumône aux indigents (Fribourg, Lausanne, Neuchâtel, Porrentruy).

Sous l'Ancien Régime, l'hôpital devient un instrument important du pouvoir bourgeois dans la cité, pour des raisons tant économiques que sociales. Les réformes du XVIII<sup>e</sup> siècle peuvent apparaître comme un premier pas vers l'hôpital en voie de médicalisation du XIX<sup>e</sup> siècle mais elles confirment surtout la volonté de toute-puissance des aristocraties urbaines au faite de leur puissance.

### Les réformes du XVIII<sup>e</sup> siècle

L'Europe des Lumières est le lieu de grandes critiques envers un système hospitalier coûteux, peu rationnel et relativement inefficace (on enferme plus que l'on guérit). Le fameux rapport de Tenon sur les hôpitaux de Paris (1788)<sup>66</sup> et la politique hospitalière de Joseph II en Autriche<sup>67</sup> en sont des événements bien révélateurs. En Suisse romande, on observe à la fois la profusion de (re)constructions des bâtiments hospitaliers et une restructuration de l'organisation interne vers la fin du siècle. Si la première de ces réformes participe essentiellement à l'essor bourgeois et à une politique d'embellissement urbain, la seconde est annonciatrice de changements profonds dans la fonction de l'hôpital.

### *Les reconstructions*

Les nombreux hôpitaux créés au XVIII<sup>e</sup> siècle sont construits comme des palais imposants, des édifices publics qui doivent marquer l'espace et matérialiser la puissance des bourgeoisies. Ce sont des édifices qui coûtent extrêmement cher : celui de Genève aurait coûté plus de 200'000 écus<sup>68</sup> et celui de Lausanne plus de 255'000 florins<sup>69</sup>. Même les cités provinciales sont touchées par ce mouvement. Des hôpitaux sont construits ou rénovés à Avenches (1701), Vevey (1738), Nyon (1761), Orbe (1778) et La Neuveville (1792).

<sup>66</sup> TENON 1998.

<sup>67</sup> Il fonde notamment à Vienne dans les années 1780 un hôpital général médicalisé (Allgemeines Krankenhaus), une école de chirurgie et de médecine (Josephinum), ainsi qu'une clinique pédiatrique (Kinderkrankeninstitut). Sur la politique sanitaire de Joseph II et les réformes hospitalières de la seconde partie du XVIII<sup>e</sup> siècle en général, voir KEEL 2001.

<sup>68</sup> FORNARA & ROTH-LOCHNER 1985, p. 179.

<sup>69</sup> OLIVIER 1939-1962, vol. 2, p. 783.

L'exemple neuchâtelois est particulièrement révélateur de l'attitude des patriciats locaux. C'est grâce aux libéralités de David de Pury, richissime négociant neuchâtelois établi à Lisbonne, que l'hôpital est reconstruit. Il écrit en 1778 à son cousin Pierre Quinche que « la réédification de l'hôpital serait l'objet le plus convenable pour notre bonne ville »<sup>70</sup> et joint à la lettre une somme de 30'000 £. Les travaux commencent l'année suivante et se terminent en 1782, pour un coût total de 67'590 £. Le même mécène financera par la suite la construction d'un nouvel hôtel de ville, en face de l'hôpital, et d'autres bâtiments publics. Sans descendance, il verse à la ville et à la bourgeoisie de Neuchâtel une somme totale de 449'000 livres de France entre 1778 et 1785. Ce type de mécénat de la part d'un

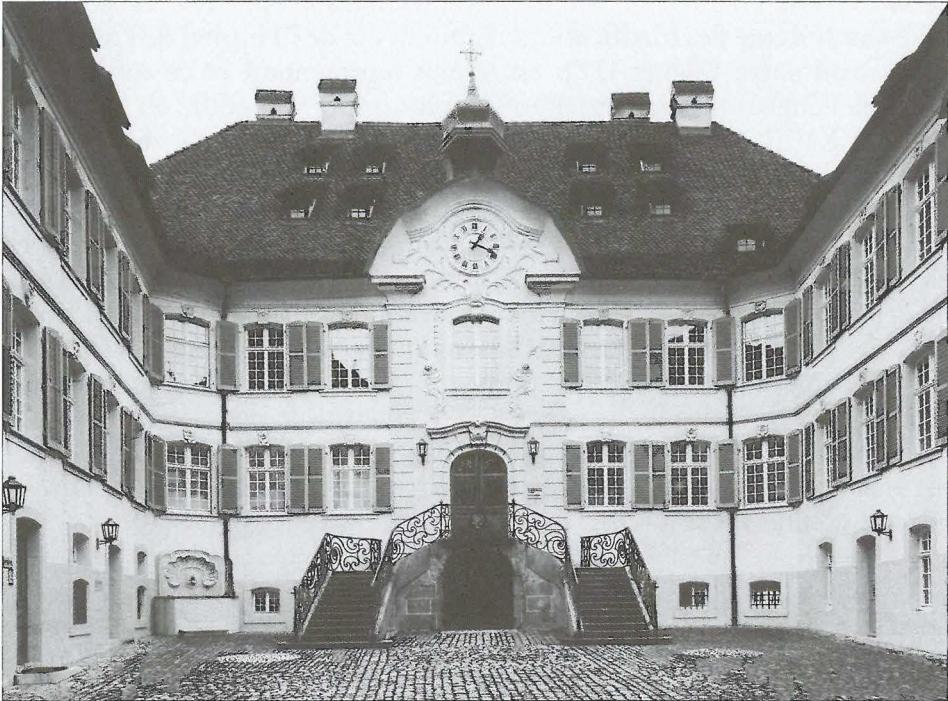


Figure 5: *Musée de l'Hôtel-Dieu, Porrentruy (J. Bélat, Porrentruy).*

L'Hôpital bourgeois de Porrentruy est réalisé par l'architecte en vue dans l'Evêché de Bâle durant la seconde partie du XVIII<sup>e</sup> siècle, Pierre-François Paris (1721-?). Entré au service du prince en 1750, il réalise de nombreux bâtiments publics (église, hôpital, hôtel de ville, etc.), ainsi que plusieurs édifices privés pour les grandes familles de la région (Billieux, Rinck, etc.). Il occupe en outre diverses fonctions au sein de l'Etat (géomètre de la Cour, directeur des Ponts et Chaussées, etc.).

<sup>70</sup> Lettre du 23 mars 1778, citée par GODET 1922, p. 17.

aristocrate installé à l'étranger en faveur de son pays d'origine participe à une stratégie de réinsertion sociale qu'on retrouvera dans la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle à Neuchâtel<sup>71</sup>.

A Porrentruy, le coût de la construction de l'hôpital se monte à plus de 41'000 livres bâloises. Ici aussi, il faut replacer l'édification d'un nouvel hôpital dans une politique générale d'embellissement de la cité et de lutte symbolique entre le prince-évêque et la bourgeoisie locale. En effet, la bourgeoisie, dont le pouvoir et le prestige sont en pleine ascendance, fait construire son hôtel de ville (1761-1764) en même temps que le nouvel hôpital (1761-1765). Le prince répond par la création d'un imposant hôtel des Halles (1766-1769). A Genève, le nouvel hôpital (1709-1712) est construit durant une période de prospérité économique qui favorise un développement généralisé de la cité : à la même époque apparaissent le temple de la Fusterie (1713-1715), de nombreuses maisons privées, ainsi que le nouveau système des fortifications. Enfin, le cas de l'Hôpital de Lausanne, reconstruit entre 1766 et 1771, est le plus représentatif de ce contexte. Il s'agit de l'édifice officiel lausannois le plus important édifié au cours des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Il est réalisé par l'architecte Rodolphe de Crousaz, membre d'une des plus importantes familles de l'aristocratie vaudoise.

Dans ces nouveaux bâtiments, on observe une dissociation fonctionnelle de l'espace hospitalier selon le principe de la séparation des sexes et de celle des malades et des vieillards. Malgré cette apparence, ces bâtiments ne présentent pas les caractéristiques du rationalisme néo-classique. Ils ne sont pas pensés en tant que machines à guérir mais doivent servir à un embellissement des cités doublé d'une fonction sociale. Ainsi conçu, l'hôpital accroît un peu plus le prestige de l'élite qui le dirige en faveur des classes défavorisées. Comprise dans ce contexte, l'inscription « Civis pauperibus<sup>72</sup> » gravée par les autorités neuchâteloises sur le portique du nouvel hôpital prend tout son sens.

### *Les réformes internes*

D'importants changements dans l'organisation interne des établissements s'opèrent dans les hôpitaux catholiques, avec l'arrivée de sœurs hospitalières. La remise d'hôpitaux entre les mains de religieuses est une réforme essentielle de ces institutions, qui coïncide souvent avec l'édification d'un nouveau bâtiment. Pendant près de deux siècles, les religieu-

<sup>71</sup> En particulier pour les cas de Pourtalès et de Préfargier. Voir pp. 30 et 126.

<sup>72</sup> C'est-à-dire « offert par un citoyen aux pauvres de la ville ».

ses dirigeront ces établissements qui deviendront nos hôpitaux contemporains.

En Suisse romande, on rencontre des sœurs hospitalières catholiques dans les établissements de Porrentruy (1765), Sion (1773) et Fribourg (1783). Les communautés de Porrentruy et de Sion sont issues directement de la congrégation de Beaune, en Franche-Comté, mais deviennent autonomes. Elles sont elles-mêmes à la base de communautés de sœurs hospitalières: celle de Fribourg est issue de la branche séduinoise, alors que les sœurs de Porrentruy fondent la communauté de Soleure (1788), puis celle de Delémont au XIX<sup>e</sup> siècle (1851). En terre protestante, il n'existe pas de congrégations soignantes avant les années 1840 et les hôpitaux sont desservis par des domestiques laïcs, à l'exception de l'Hôpital Pourtalès, remis entre les mains de sœurs de la Charité de Besançon dès son ouverture en 1811.

Ces religieuses dépendent des autorités ecclésiastiques régionales (évêque) pour ce qui est de l'organisation de la communauté et des bourgeoisies en ce qui concerne le travail à l'intérieur de l'hôpital. Les administrateurs bourgeois n'interviennent presque jamais dans les affaires intérieures de l'établissement, qui sont laissées aux sœurs. Dans ces cas-là, l'hospitalier ne joue plus le rôle qu'il tient dans les grands hôpitaux protestants (Lausanne, Genève): son intervention se limite à la gestion des biens (céréales et argent) et à l'entretien des bâtiments de l'hôpital. Les religieuses, principalement les mères supérieures, sont souvent elles-mêmes issues des familles bourgeoises, ce qui facilite les relations harmonieuses entre les diverses autorités présentes dans l'institution. A l'Hôpital de Porrentruy, la première supérieure est la fille d'un médecin de la cour du prince-évêque<sup>73</sup>. En outre, le conseil d'administration de cet établissement déclare en 1772 « donner la préférence à une bourgeoise »<sup>74</sup> lorsqu'il s'agit de choisir des candidates au noviciat. Le travail des sœurs et l'organisation de l'hôpital restent pourtant traditionnels en cette fin de XVIII<sup>e</sup> siècle. La population hébergée est très hétéroclite (malades, vieillards, incurables, enfants abandonnés, etc.) et il s'agit avant tout d'apporter une aide spirituelle et matérielle aux indigents. L'hôpital reste encore beaucoup plus une machine à nourrir qu'une machine à guérir. A Genève, on estime que la population pauvre trouve une meilleure alimentation à l'hôpital que ce qu'elle ne peut espérer en-dehors<sup>75</sup>. Le travail des sœurs tourne essentiellement autour de la cuisine et du jardin potager. A

<sup>73</sup> Marie-Eve Ostertag: fille de Mathias Ostertag (1701-1755), médecin à la cour du prince-évêque et conseiller aulique. Voir DONZE 2000, p. 55.

<sup>74</sup> Ibidem.

<sup>75</sup> PIUZ 1980.

Sion, on affirme qu'« on n'acceptera plus une sœur à la profession si elle ne sait pas faire la cuisine et cuire le pain »<sup>76</sup>. En fin de compte, ce qui va compter pour l'évolution des hôpitaux, c'est que ces religieuses vivent dans une culture de la discipline sans faille, de la stricte obéissance à l'autorité, du dévouement sans borne et de l'effacement. Ces valeurs correspondent à l'habitus de l'autorité bourgeoise, et plus tard des médecins, et favoriseront au cours du XIX<sup>e</sup> siècle la médicalisation des soins et l'adoption de nouvelles manières de travailler.

### La proto-médicalisation, fantasme d'historiens ou réalité de l'Ancien Régime finissant?

La médicalisation des hôpitaux urbains d'Ancien Régime a souvent retenu l'attention des historiens. Dans une perspective quelquefois téléologique, on a cherché à mettre en lumière des éléments de modernité dans les établissements du XVII<sup>e</sup> et du XVIII<sup>e</sup> siècle. Ainsi, en isolant l'activité d'un chirurgien, l'existence d'une pharmacie ou une attitude particulière face à un type particulier d'hospitalisés (aliénés, vénériens, etc.), on a souvent perçu des signes avant-coureurs annonçant une révolution médicale à venir. C'est oublier que l'hôpital de l'Ancien Régime reste une institution multiforme destinée à l'ensemble de la population indigente. La maladie étant l'une des causes importantes de paupérisation, il apparaît normal que l'on rencontre des malades et des médecins dans ces institutions. Eugène Olivier fait une excellente description de la population hospitalisée à Lausanne sous l'Ancien Régime et de la place des malades dans ce contexte: « Des assistés en nombre infini; et en regard, quelques douzaines de malades, que l'hôpital ne cherche ni n'attire, pour lesquels aucun service médical régulier n'est prévu. »<sup>77</sup> Même l'Hôpital général de Genève, dont on fait souvent un exemple de médicalisation précoce en Suisse romande, reste une institution fondamentalement caritative à la fin de l'Ancien Régime. Sa fonction d'assistance se développe très fortement au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle: le nombre de comptes d'assistés est en permanente croissance et passe de 215 en 1700 (pour un total de 63'000 florins) à 825 en 1790 (pour un total de 202'000 florins)<sup>78</sup>.

Pourtant, dans les années 1780-1815, on assiste dans plusieurs hôpitaux urbains à une remise en question de l'organisation hospitalière.

<sup>76</sup> Cité chez DROUX 1996, p. 84.

<sup>77</sup> OLIVIER 1939-1962, vol. 1, p. 542.

<sup>78</sup> ODIER-CAZENOVE 1862, pp. 84-85.

*Une plus grande place accordée aux malades*

Généralement, les nouveaux bâtiments construits au XVIII<sup>e</sup> siècle prévoient une séparation par étage des malades et des pensionnaires (vieillards, incurables), alors que les hospitalisés particuliers (aliénés, détenus) sont placés dans des chambres isolées (Neuchâtel, Porrentruy). A Neuchâtel, un nouveau règlement d'organisation datant de 1808 prévoit l'installation de 12 à 16 lits pour accueillir malades et vieillards. Jusqu'alors, les malades n'étaient guère hébergés dans l'Hôpital bourgeois et les cas nécessitant des soins étaient généralement envoyés à l'Hôpital de l'Isle, à Berne<sup>79</sup>.

Mais c'est surtout à l'Hôpital général de Genève que la médecine prend une place de plus en plus importante<sup>80</sup>. La proportion de malades est en nette augmentation et passe de 36.4% du total des hospitalisés pour la période 1750-1759 à 61.2% en 1810-1819<sup>81</sup>. A la même époque, les Genevois sont de plus en plus nombreux à se rendre à l'hôpital: la proportion de malades hospitalisés par rapport à la population genevoise passe de 0.65% en 1750 à 0.94% en 1814<sup>82</sup>. Il faut aussi noter une politique de prestige des autorités hospitalières qui nomment successivement à l'hôpital quelques grands noms de la médecine genevoise, tels que Pierre Butini<sup>83</sup>, Jean-François Coindet<sup>84</sup>, Louis Jurine<sup>85</sup>, Louis Odier<sup>86</sup> et Gaspard de la Rive<sup>87</sup>. Malgré cela, l'influence de médecins qui ne font que passer dans l'institution et qui donnent la priorité à leur pratique privée n'est pas déterminante pour le développement médical de l'hôpital. Le corps médical genevois reste trop mal organisé et trop peu structuré pour jouer un rôle collectif marquant. Les principales mesures de médicalisation (améliorations hygiéniques, inoculation) sont prises par la direction, qui fait d'ailleurs preuve d'un véritable intérêt pour les maladies les plus diverses (épileptiques, vénériens, aliénés). Mais l'Hôpital général restera jus-

<sup>79</sup> Information aimablement communiquée par Thierry Christ.

<sup>80</sup> Voir LOUIS-COURVOISIER 1994 et 2000.

<sup>81</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 37.

<sup>82</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 39.

<sup>83</sup> Pierre Butini (1759-1838): membre de plusieurs sociétés savantes, il est le médecin de nombreuses personnalités aristocratiques européennes.

<sup>84</sup> Jean-François Coindet (1774-1834): médecin rendu célèbre par l'introduction de l'iode dans le traitement du goitre.

<sup>85</sup> Louis Jurine (1751-1819): chirurgien de réputation internationale, membre correspondant de l'Institut de France, fondateur d'une maternité à Genève.

<sup>86</sup> Louis Odier (1748-1817): après ses études de médecine et une expérience médicale en Grande-Bretagne, il introduit la vaccine à Genève (1800). Il est membre de l'Institut de France.

<sup>87</sup> Gaspard de la Rive (1770-1834): médecin des aliénés de la Discipline puis de l'asile de Corsier (1802-1834).

qu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle essentiellement une institution d'assistance. Il n'est pas facile de rompre avec plus de deux siècles de tradition hospitalière et d'habitudes administratives.

### *A Lausanne, la critique du Dr Tissot à l'encontre du Grand Hôpital*

Jusqu'à la Révolution, l'hôpital de Lausanne est une institution presque uniquement caritative, malgré l'édification d'un nouveau bâtiment à la fin des années 1760. Eugène Olivier explique cette situation par l'absence d'un pouvoir politique fort et la dépendance envers les autorités bernoises. Celles-ci auraient concentré leurs efforts (financiers notamment) dans la capitale, essentiellement dans l'Hôpital de l'Isle<sup>88</sup>, et délaissé Lausanne et le Pays de Vaud. Cependant, l'indépendance politique n'est pas un gage de médicalisation hospitalière, puisque celle-ci ne s'observe pas dans les capitales d'autres cantons ou pays alliés romands (Fribourg, Neuchâtel, Porrentruy et Sion). Comme on l'a vu, la médecine hospitalière est un souci très secondaire pour les élites dirigeantes de l'Ancien Régime. Il n'y a en fin de compte que la ville de Genève où l'on rencontre une certaine présence médicale au XVIII<sup>e</sup> siècle. La taille de la cité joue ici autant, si ce n'est plus, que l'indépendance politique: une population indigente et malade existe de façon suffisamment permanente pour que des mesures particulières soient prises.

Lausanne et son arrière-pays possèdent aussi cette masse critique dans le second XVIII<sup>e</sup> siècle, au point de retenir l'attention des autorités bernoises. Leurs Excellences interviennent en 1788 et demandent une réorganisation de l'hôpital, afin de libérer de la place dans celui de l'Isle et de diminuer les frais de transport des malades amenés à Berne. La ville de Lausanne nomme en 1789 une commission de quatre membres comprenant un architecte et trois médecins, parmi lesquels le fameux Samuel-Auguste Tissot. Dans ses notes de travail<sup>89</sup>, il donne une description dantesque de cet établissement, qui n'a pourtant qu'une vingtaine d'années, et plaide en faveur d'une vaste réforme au point de vue hygiénique et organisationnel. Il demande notamment qu'on accueille des indigents malades plutôt que des écoles (qui occupent alors deux des cinq étages du bâtiment): «L'hôpital, ce bâtiment immense, qui ne sert actuellement, en tant qu'hôpital, qu'à loger quatorze rendus<sup>90</sup>, deviendrait alors utile à un très

<sup>88</sup> Cet établissement reçoit d'ailleurs de nombreux Vaudois nécessitant des soins. Voir OLIVIER 1939-1962, vol. 1, pp. 544-548 et vol. 2, pp. 719-722.

<sup>89</sup> BCU-Lausanne, Fonds Tissot, I-124 Notes sur l'hôpital [de Lausanne], 7 mars 1789. Tous les extraits cités ici sont tirés de ce document.

<sup>90</sup> Les rendus sont les indigents assistés par la commune.

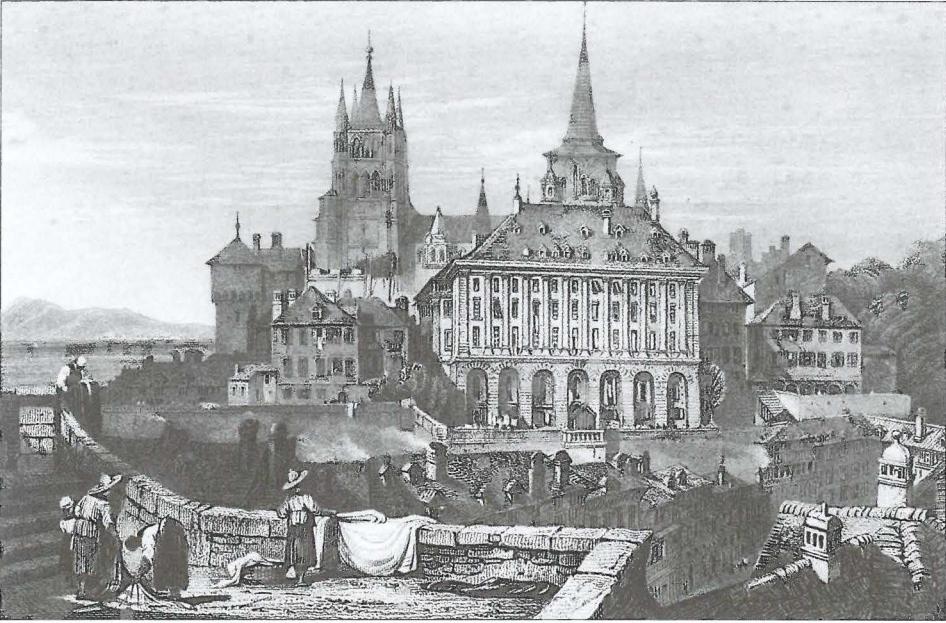


Figure 6: *Musée historique de Lausanne* (C. Bornand, Lausanne).  
L'Hospice cantonal de Lausanne en 1829, eau-forte de Samuel Prout.

grand nombre de malades.» Tissot désire notamment que l'on hospitalise les personnes malades entretenues à domicile «qui seraient mieux à l'hôpital que là où elles sont».

La commission rend son rapport au bailli en 1790. Mais, malgré l'appui du souverain bernois et les demandes des médecins, les autorités lausannoises ne mettent pas en place le service en faveur des malades bourgeois. Selon Eugène Olivier, la bourgeoisie de Lausanne refuse de se soumettre à un ordre venu de Berne. Ce n'est qu'après l'indépendance vaudoise (1803) que le Grand Hôpital de Lausanne, devenu cantonal, se lancera sur les voies de la médicalisation.

#### L'Hôpital de Lausanne en 1789 selon le rapport du Dr Tissot

« [...] un dortoir qui est une pièce affreuse, qui blesse également les lois de l'humanité et celles de la décence, et dont heureusement la charité de Mr. le Directeur et de Mme la Directrice les empêche très souvent de faire usage. Elle blesse les lois de l'humanité, en ce que c'est une très grande pièce qui a des petits jours à l'orient, mais barrés pour le soleil par la cuve, et de petits

aussi à l'occident et des fenêtres au nord, qui est sur terre, qui n'est chauffée par rien et qui a des commodités dans les murs sans porte de séparation et sans ventouses; ce qui fait qu'elle est humide, extrêmement froide et infecte au plus haut degré: il n'y a même pas de paillasse. Elle est contraire aux lois de la décence en ce qu'il n'y a point de séparation pour les sexes. Les malheureux passants y sont jetés pèle mêle comme des chiens dans un chenil; ils y sont moins bien que dans la plus chétive des granges [...].»

*BCU-Lausanne, Fonds Tissot IS 3784, I-124 Notes sur l'hôpital [de Lausanne], 7 mars 1789.*

### *Deux nouvelles institutions à l'aube du XIX<sup>e</sup> siècle*

Ce mouvement de réforme et de première médicalisation se termine en Suisse romande par l'apparition de deux nouvelles institutions préfigurant les deux grands types d'hôpitaux qui apparaîtront au cours du XIX<sup>e</sup> siècle: l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel, établissement privé dû à la générosité d'un philanthrope, et l'Hôpital cantonal vaudois, nouvel instrument de santé publique entre les mains de l'Etat.

L'Hôpital Pourtalès est fondé en 1808 par Jacques-Louis de Pourtalès<sup>91</sup>. Cet établissement est novateur dans le sens qu'il s'adresse uniquement aux malades et vient ainsi compléter l'hôpital multifonctionnel de la ville de Neuchâtel. Desservi par les sœurs catholiques de la Charité de Besançon, l'hôpital, équipé de 20 lits, ouvre ses portes en 1811. Un médecin est choisi pour s'occuper des soins aux malades mais conserve sa clientèle privée, comme il est alors d'usage. On compte pour la période 1812-1815<sup>92</sup> une moyenne annuelle de 285 malades hospitalisés, pour un séjour moyen de 37.8 jours qui reflète tout à fait la vocation médicale de l'institution. L'Hôpital de Porrentruy, qui n'accueille pas que des malades, a une durée de séjour moyenne de 70.7 jours pour la période 1820-1825<sup>93</sup>. Quant aux malades de l'Hôpital général de Genève, ils sont 59% à séjourner moins d'un mois en 1817<sup>94</sup>. L'Hôpital Pourtalès sera durant tout le XIX<sup>e</sup> siècle le haut lieu de la médecine hospitalière dans le Bas du canton de Neuchâtel.

Dans le cas vaudois, on n'a pas affaire à la fondation *ex nihilo* d'un nouvel hôpital mais à la reprise du Grand Hôpital de Lausanne par le nouvel Etat vaudois, et la création du premier hôpital cantonal de Suisse

<sup>93</sup> Sur la philanthropie neuchâteloise et l'Hôpital Pourtalès, voir pp. 59-64 et 126-132.

<sup>94</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Rapports de l'intendant, années 1813-1815.

<sup>95</sup> CREVOISIER 1879, p. 59.

<sup>96</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 78.

romand<sup>95</sup>. La Révolution joue ici un rôle important en rompant l'équilibre des finances hospitalières de l'Ancien Régime. En effet, plus de la moitié des revenus du Grand Hôpital de Lausanne consistent en droit féodaux<sup>96</sup>, qui sont abolis avec la chute de l'Ancien Régime. Dès lors, cette institution doit faire face à des difficultés qui se révèlent rapidement insurmontables, si bien que dans les années 1799 et 1800, la ville de Lausanne cherche à le remettre entre les mains de l'Etat, contre une somme d'argent dérisoire ou des biens nationaux<sup>97</sup>. L'établissement est aussi dans un état de désorganisation extrême, puisque ses bâtiments accueillent un hôpital militaire et que l'Etat y envoie « tout ce qui à Lausanne Chef Lieu du Canton peut [vous] échoir au nom de la Nation »<sup>98</sup>. Une requête de l'administration hospitalière faite aux autorités fédérales en 1802 achève ce sombre bilan : on demande des draps (il n'y en a que 12 pour 14 malades), des seringues à lavements, des pansements, etc. : « Il ne reste plus rien et le chirurgien ne sait que faire. »<sup>99</sup> Il faut attendre en fin de compte la reprise par l'Etat de l'hôpital en 1806, et surtout sa dotation de l'Hôpital de Villeneuve supprimé cette année-là, pour voir l'établissement sortir de cette torpeur. Devenu ainsi Hospice cantonal, l'hôpital lausannois deviendra l'instrument privilégié de la politique hospitalière vaudoise.

## Conclusion

Les réformes du XVI<sup>e</sup> siècle se révèlent comme un point de rupture essentiel dans l'histoire des hôpitaux, bien que le mouvement de municipalisation soit déjà amorcé à la fin du Moyen Age. En quelques décennies, on passe d'institutions ecclésiastiques vieilles de près de cinq siècles pour certaines d'entre elles, à un hôpital laïcisé et municipalisé qui devient un instrument important du contrôle du patriciat sur la cité. Durant tout l'Ancien Régime, et au-delà, l'hôpital conserve ce trait fondamental, malgré les réformes du XVIII<sup>e</sup> siècle. On observe bien ici ou là des signes annonciateurs de soucis médicaux nouveaux, mais il ne faut pas s'y méprendre : ce ne sont pas ces établissements qui deviendront les machi-

<sup>95</sup> ACV, H389D et H386G.

<sup>96</sup> Selon une lettre de la Ville de Lausanne au Département du Léman, 10 septembre 1800. ACV, H389D.

<sup>97</sup> ACV, H389D, Lettres de la Ville de Lausanne au Département du Léman, 27 août 1799 et 11 septembre 1800. On demande le 27 août 1799 la somme de 80'000 francs.

<sup>98</sup> ACV, H389D, Lettre de la Ville de Lausanne au Département du Léman, 10 septembre 1800.

<sup>99</sup> ACV, H389D, Lettre des administrateurs de l'Hôpital au Bureau de santé de la République helvétique, 26 mai 1802.

nes à guérir du XIX<sup>e</sup> siècle. La voie vers l'hôpital médicalisé va se faire en grande partie dans d'autres institutions, créées dans cette optique ultérieurement et que préfigurent l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel et l'Hôpital cantonal de Lausanne, constitués au début du XIX<sup>e</sup> siècle.

## L'HÔPITAL AU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE : DESTINS DIVERS DES HÔPITAUX URBAINS D'ANCIEN RÉGIME

Jusque dans les années 1850, le paysage hospitalier romand reste pratiquement ce qu'il était durant l'Ancien Régime, à l'exception de l'apparition de l'Hôpital Pourtalès et de l'Hôpital cantonal vaudois. Ces établissements sont gérés par les oligarchies urbaines qui continuent d'en faire des instruments de leur pouvoir dans la société.

### Permanence des oligarchies urbaines

Juridiquement, les hôpitaux urbains appartiennent toujours aux bourgeoisies locales et gardent la structure administrative qui était la leur sous l'Ancien Régime. Les membres des conseils d'administration et les hospitaliers sont toujours des ressortissants des familles dominantes. L'Hôpital général de Genève continue d'être administré par les familles patriciennes de la ville, qui occupent aussi les postes de médecin et de chirurgien, à l'image du Dr François-Louis Senn<sup>1</sup>, député et responsable du service de chirurgie entre 1833 et 1840. Son père, Jérémie-Marc Senn<sup>2</sup>, lui-même député, était membre de la direction de l'Hôpital général dans les années 1820. A Neuchâtel, l'Hôpital de la Ville est contrôlé par les anciennes familles aristocratiques jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. On observe notamment une mainmise de la famille de Pury sur l'institution, avec la présence

<sup>1</sup> François-Louis Senn (1799-1873): membre du Conseil représentatif (1829-1842), député (1845-1848) et actionnaire de la clinique pour aliénés La Métairie en 1872.

<sup>2</sup> Jérémie-Marc Senn (1767-1833): membre du Conseil représentatif et de la direction de l'Hôpital général jusqu'en 1827.

simultanée d'Edouard de Pury<sup>3</sup> comme directeur (1861-1888), de Sophie de Pury<sup>4</sup> comme diaconesse supérieure (1870-1880) et du Dr François de Pury<sup>5</sup> comme médecin-chef (1873-1881). L'Hôpital des Bourgeois de Fribourg est dirigé par des membres des anciennes familles patriciennes jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle. A Porrentruy, la charge de receveur est monopolisée par la famille Keller-Kohler entre 1765 et 1870 et le conseil d'administration dominé par les riches familles de la ville<sup>6</sup>.

### *L'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel*

Seul établissement créé *ex nihilo* dans la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Hôpital Pourtalès s'inscrit dans un contexte identique. S'il apparaît novateur dans le domaine médical, il ne fait que perpétuer le mode de gestion de l'Ancien Régime, à la différence qu'il n'appartient pas à la ville dans laquelle il se trouve, mais à une fondation privée<sup>7</sup>. Il est dû à la générosité de Jacques-Louis de Pourtalès<sup>8</sup>, richissime homme d'affaires neuchâtelois membre de l'aristocratie locale, qui offre 600'000 francs français en 1808 en faveur d'un établissement pour malades. Ce geste charitable accroît le pouvoir symbolique du fondateur et de sa famille: moins d'un mois après cette fondation, Jacques-Louis de Pourtalès reçoit une place au Temple du Bas dans les bancs destinés aux présidents du Conseil d'Etat.

L'administration de cette fondation est remise à un comité de sept membres dans lequel se mêlent des représentants des pouvoirs locaux et de la famille Pourtalès: un conseiller d'Etat, un conseiller de ville membre de la Chambre de Charité (qui administre l'Hôpital de la ville), un pasteur et quatre membres nommés par la famille du fondateur. Par la suite, ce comité se reconduit par cooptation mais compte toujours l'aîné de la famille du fondateur. Les membres de la Direction présentent alors tous un profil social identique à celui qu'on rencontre dans les autres hôpitaux urbains. Sur les vingt personnes nommées entre 1809 et 1852, on compte

<sup>3</sup> Edouard de Pury (1822-1904): juriste, actif dans les milieux protestants libres et culturels neuchâtelois.

<sup>4</sup> Sophie de Pury (1834-1901): diaconesse de Strasbourg (1856), stagiaire à l'Hôpital Pourtalès et directrice de la maison de diaconesses de Strasbourg (1887).

<sup>5</sup> François de Pury (1829-1902): vice-président de la Commission cantonale de santé, grand soutien financier des œuvres philanthropiques et médicales, membre de la direction de Pourtalès (1900-1902).

<sup>6</sup> DONZÉ 2000, pp. 41-54.

<sup>7</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Acte de fondation, 14 janvier 1808.

<sup>8</sup> Jacques-Louis de Pourtalès (1722-1814): banquier et négociant neuchâtelois ayant développé des activités commerciales à l'échelle européenne.

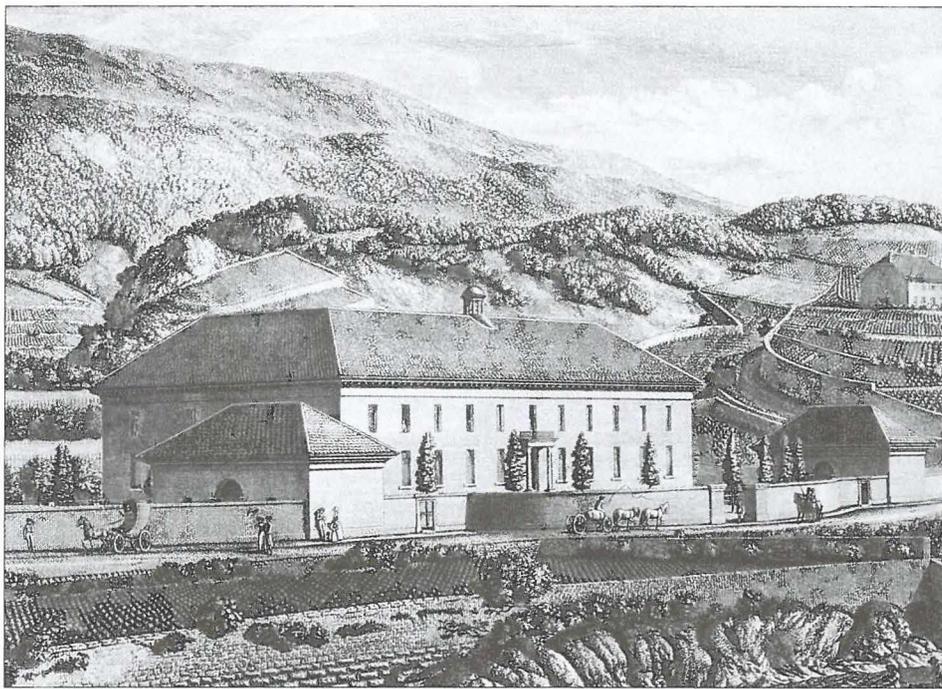


Figure 7: *Musée d'Art et d'Histoire, Neuchâtel.*

L'Hôpital Pourtalès, gravure d'Alexandre Girardet, 1808. Les descendants du fondateur entretiennent une politique active de dons de bienfaisance à leur hôpital jusque dans l'Entre-deux-guerres. Ils lui cèdent les domaines viticoles de Cressier (1813) et de Trub (1823), dont la production est mise aux enchères dès 1827 afin de combler les déficits de l'hôpital. En outre, ils offrent à de multiples reprises plusieurs dizaines de milliers de francs.

sept conseillers d'Etat, six représentants des autorités bourgeoises et deux doyens de la Compagnie des pasteurs. Tous proviennent des familles aristocrates neuchâtelaises liées entre elles et attachées à l'Ancien Régime. Il y a quatre de Pourtalès, deux Coulon, deux de Meuron, deux de Pury, deux de Montmollin, un de Chambrier, un Dardel, un Guillebert, un de Marval, un de Perret, un de Pierre, un Robert et un Sandoz-Rollin. Plusieurs meneurs de la contre-révolution royaliste de 1856 sont membres de cette Direction, notamment le colonel Frédéric de Pourtalès<sup>9</sup>, le doyen Guillebert<sup>10</sup> et Alphonse de Pury-Muralt<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Frédéric de Pourtalès (1799-1882): petit-fils du fondateur et militaire de carrière.

<sup>10</sup> Alphonse Guillebert (1792-1861): pasteur, doyen de la Compagnie des pasteurs, professeur, biographe, historien et linguiste.

<sup>11</sup> Alphonse de Pury-Muralt (?-?): inspecteur de police, membre de la direction de la Caisse d'épargne et de la Commission de Préfargier.

*Des établissements opulents*

Ces hôpitaux urbains sont des institutions extrêmement riches. On pourrait penser que cette fortune est utilisée par les administrateurs pour médicaliser leurs établissements et en faire des centres médicaux importants au cours du XIX<sup>e</sup> siècle mais il n'en est rien. Généralement, on préfère une gestion conservatoire de ce patrimoine. Il est au centre de l'instrument de domination qu'est l'hôpital. Le prêt d'argent et la location de biens fonciers participent à la politique clientéliste des oligarchies urbaines. A Porrentruy jusqu'en 1870, les capitaux de l'hôpital sont prêtés à un taux préférentiel aux ressortissants bourgeois<sup>12</sup>.

Les hôpitaux sont donc des institutions très fortunées et largement autofinancées. A Fribourg<sup>13</sup>, la fortune brute de l'Hôpital des Bourgeois se monte en 1884 à 3.3 millions de francs, dont 1.8 million en biens immobiliers, 1.4 million en capitaux et 0.1 million en biens mobiliers. Le budget 1887 prévoit un taux d'autofinancement<sup>14</sup> de 88.4%. L'Hôpital de Porrentruy est dans une situation similaire. Il possède en 1871 une fortune de 1.3 million de francs, dont près de la moitié en biens immobiliers et présente un taux d'autofinancement moyen de 83.0% pour la période 1815-1870.

L'Hôpital général de Genève possède 2.7 millions de francs en 1840 mais connaît des années difficiles: seuls trois exercices ne sont pas déficitaires entre 1830 et 1856<sup>15</sup>. Malgré le développement de ses activités, cet établissement ne trouve pas de financement externe et dépend toujours plus de ses propres capitaux: son taux d'autofinancement passe de 43.1% en 1820 à 63.5% en 1850.

Quant à l'Hôpital cantonal vaudois, qui est le seul établissement dépendant de l'Etat, il présente une structure des ressources identique aux autres hôpitaux mais connaît des difficultés financières. Dans les années 1830 et 1840, ses finances sont toujours légèrement déficitaires essentiellement à cause de deux facteurs externes: le coût des denrées alimentaires (environ un tiers des dépenses totales annuelles) et des combustibles, ainsi que les aléas du climat, qui déterminent la rentabilité des terres de l'hôpital, et en particulier des vignes de Villeneuve. On a donc un système financier d'Ancien Régime sur lequel les administrateurs ne peuvent guère

<sup>12</sup> 4% pour les bourgeois de Porrentruy et 5% pour les autres. DONZÉ 2000, p. 70.

<sup>13</sup> RAEMY 1889, pp. 92-93.

<sup>14</sup> C'est-à-dire la part des dépenses de l'hôpital couvertes par les ressources propres de l'institution. Les ressources externes proviennent essentiellement des pensions payées par les hospitalisés, de dons et de diverses contributions publiques.

<sup>15</sup> Les années 1837, 1838 et 1850.

influer. Cette caractéristique n'aura pourtant pas d'incidence négative sur le développement de l'établissement. En effet, lorsque l'Etat voudra en faire une institution médicalisée dans les années 1840, les deniers publics viendront à son secours.

### Développements divers

Le développement médical de ces hôpitaux est très inégal. Alors que certains deviennent des hauts lieux de la médecine hospitalière, d'autres persistent dans l'assistance multiforme d'Ancien Régime.

### *Persistence de l'Ancien Régime*

L'arrivée dans l'hôpital d'une médecine « scientifique » dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle est une réalité qui se limite à quelques grands hôpitaux urbains européens<sup>16</sup>. Dans la plupart des cas, les établissements hospitaliers datant de l'Ancien Régime conservent leur aspect multifonctionnel et le soin aux malades n'est au mieux qu'une caractéristique de l'assistance hospitalière. Très souvent, la restauration des patriciats et des bourgeoisies en 1815 favorise ce retour à l'Ancien Régime. Comme auparavant, l'hôpital est autant l'outil privilégié d'aide sociale qu'un instrument de pouvoir des notables sur la cité. Ce sont en général des événements de nature politique, telles que les révolutions radicales des années 1840, qui, en mettant fin à l'Ancien Régime politique, permettent aux hôpitaux de se libérer du carcan patricien et de s'engager dans les voies de la médicalisation. Dans quelques cas, la persistance de l'Ancien Régime dure jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle.

### *Vieillards, incurables, aliénés, prisonniers*

Tous les établissements romands accordent une large place aux vieillards et incurables au début du XIX<sup>e</sup> siècle. A Genève, ils sont placés dans des familles à la charge de l'Hôpital général. Leur nombre tend à augmenter au cours du temps : ils sont 181 en 1830 et 289 en 1850. Ils occupent même une place de plus en plus importante dans l'institution, puis-

<sup>16</sup> Notamment les hôpitaux d'Edimbourg, de Paris et de Vienne. Voir à ce sujet ACKERNECHT 1986 et KEEL 2001.

qu'ils représentent 12.1% des personnes prises en charge en 1830 et 16.8% en 1850. A Neuchâtel, la réorganisation de l'hôpital au début du XIX<sup>e</sup> siècle ne chasse pas pour autant les vieillards et les incurables de l'établissement. On leur accorde l'un des deux étages du bâtiment et plus d'un tiers (5/13) des chambres d'hospitalisés en 1808<sup>17</sup>. Même s'ils sont relégués au troisième étage lors des réformes des années 1840, on continue d'en accueillir jusqu'à l'inauguration du nouveau bâtiment des Cadolles (1914). La situation est identique à Porrentruy, où la séparation des vieillards et des malades n'intervient qu'au cours des années 1850, et le rejet des premiers dans les années 1870.

L'accueil des aliénés et des détenus est un cas similaire. Dans la persistance du modèle d'Ancien Régime, ces individus sont toujours enfermés dans les murs de l'hôpital, qui joue alors son rôle de régulateur social. A Genève, la question de l'internement et du traitement des aliénés occupe les esprits dans les années 1830. Ils représentent 2.2% des personnes entretenues par l'Hôpital général en 1820 et 4.6% en 1830. Ils sont transférés hors de l'établissement en 1832. Lors de la réforme de l'Hôpital de la ville de Neuchâtel en 1808, on affirme que «des chambres de réclusion y ont été construites pour les cas où la fainéantise, la débauche, ou la rébellion à l'autorité obligerait à employer des moyens de rigueur contre ceux que l'on aimerait n'assister que par les voies douces de la charité»<sup>18</sup>. En 1845, trois chambres sont réservées aux détenus sur un total de treize<sup>19</sup>. L'ouverture de l'asile d'aliénés de Préfargier (1848) soulage quelque peu l'Hôpital de la ville mais cette nouvelle institution s'adresse aux malades curables et de nombreux cas de démence sénile ou d'aliénation incurable continuent d'occuper les lits de l'hôpital neuchâtelois. A Porrentruy, une annexe de l'hôpital est rénovée dans les années 1820 pour y accueillir des détenus malades, des aliénés ou des malades turbulents. Ces chambres sont pourtant peu utilisées: on n'observe qu'une dizaine d'internements jusque dans les années 1850. Dès cette époque, la bourgeoisie bruntrutaine envoie ses aliénés dans le nouvel asile de la Waldau<sup>20</sup> et la présence d'aliénés devient exceptionnelle et temporaire.

Enfin, tous ces établissements s'occupent de l'assistance aux pauvres, généralement à domicile. On observe des dons d'argent mais surtout de biens de première nécessité, tels qu'alimentation (pain, lait, etc.) et habillement (souliers, chemises, etc.). A Genève, les dépenses d'assistance deviennent même majoritaires et passent de 47.2% des dépenses totales en 1820 à

<sup>17</sup> QUARTIER-LA-TENTE 1898, pp. 418-421.

<sup>18</sup> *Le véritable messenger boiteux de Neuchâtel*, 1810, n.p.

<sup>19</sup> QUARTIER-LA-TENTE 1898, p. 419.

<sup>20</sup> Asile cantonal d'aliénés ouvert à Berne en 1855.

71.1% en 1850. Quant à l'Hôpital bourgeois de Porrentruy, il tend au cours du XIX<sup>e</sup> siècle à devenir le lieu centralisé de l'action caritative. Dans les années 1860, son conseil d'administration gère une dizaine de fondations privées à caractère caritatif en plus des revenus de l'hôpital directement distribués aux indigents (2.5% des dépenses pour la période 1815-1870).

### *L'Hôpital de Sion de 1815 à 1935*

Le développement de l'Hôpital de Sion est un excellent exemple de la persistance de l'Ancien Régime dans le cadre bourgeois. Suite à la loi sur les communes municipales de 1851, l'organisation administrative de cette institution est revue et aboutit en 1854 à une co-gestion de la nouvelle commune municipale et de la commune bourgeoise. Un conseil d'administration de cinq membres (trois représentants de la bourgeoisie et deux de la municipalité) est instauré. Ils sont nommés par un conseil mixte assurant le contrôle sur l'institution. Ce changement des organes gestionnaires ne change pourtant rien à la destination de l'hôpital. Il reste jusque dans les années 1920 un établissement caritatif généraliste.

La population hospitalisée en 1811 se compose de quatorze indigents, huit malades, cinq pensionnaires, deux insensés, deux enfants illégitimes et un vieillard<sup>21</sup>. En 1869, on reçoit toujours aussi bien des voyageurs pauvres de passage, des accidentés, les bourgeois et habitants perpétuels pauvres de Sion, ainsi que quelques malades, comme le prévoit le règlement de 1861<sup>22</sup>.

La médecine y connaît tout de même un certain essor vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>23</sup>. L'industrialisation amène une nouvelle clientèle hospitalière qui a besoin de soins médicaux. Dans la continuité des conventions passées avec les compagnons de la ville de Sion (1828, 1838 et 1846), des accords sont passés avec la section sédunoise du Grütli (1880), ainsi que les sociétés de chemin de fer du Gornergratt (1896) et de Martigny-Salvan (1902). Il faut aussi noter la présence de personnalités médicales, comme le Dr Charles-Louis Bonvin<sup>24</sup> (médecin-chef en 1886-1900), qui n'hésite pas à intervenir auprès des autorités compétentes. Il exige notamment en 1886 «qu'il soit appelé une fois par an devant la commission administrative

<sup>21</sup> DROUX 1996, p. 78.

<sup>22</sup> VOUILLOZ BURNIER & BARRAS à paraître.

<sup>23</sup> Sur la modernisation de l'Hôpital de Sion, voir DROUX 2000, pp. 72-76.

<sup>24</sup> Charles-Louis Bonvin (1827-1922): président de la Société médicale valaisanne et ardent soutien de l'ouverture d'un hôpital cantonal à Sion.



Figure 8: *Archives de la Ville de Sion.*

L'Hôpital bourgeois de Sion dans les années 1900-1920. L'intervention de quelques médecins ne suffit pas à médicaliser un établissement qui reste d'abord un lieu d'accueil pour les indigents de toute sorte. Ouvert en 1937 dans une aile de ce bâtiment, l'Hôpital régional de Sion, Hérens et Conthey s'installe deux ans plus tard dans la Clinique du Dr Germanier puis à Gravelone, dans un cadre neuf, en 1944.

pour faire rapport de son service»<sup>25</sup>. De plus, on remarque de nombreuses améliorations au cours des années 1885-1905, comme l'ouverture d'une salle d'opérations à la fin des années 1890 et la suppression de plusieurs activités non hospitalières (fabrication de tabac par les pensionnaires, débit de vin, etc.).

Malgré ces diverses améliorations, le service intérieur de l'établissement reste entre les mains de sœurs hospitalières sans véritable formation infirmière. Bien que le nouveau règlement de 1853 marque une volonté de spécialisation des religieuses dans les soins et l'attention aux hospitalisés<sup>26</sup> et qu'on les charge en 1869 des visites à domicile des malades, elles restent dépendantes des autorités bourgeoises et ne se professionnalisent pas. Même au niveau quantitatif, on observe une certaine stagnation, puisque l'on dénombre 11 sœurs en 1828, 14 en 1873 et 17 en 1900.

La structure de cet établissement est remise en question dans les années 1910. Il y a tout d'abord la question de la création d'un hôpital cantonal,

<sup>25</sup> Cité par DROUX 2000, p. 73.

<sup>26</sup> Elles abandonnent les travaux aux jardins et dans les champs que l'on remet à des domestiques laïcs.

### L'hospitalisation à Sion en 1869

«Monsieur le Conseiller d'Etat,

En réponse à votre honorée lettre du 31 août proche passé, par laquelle vous demandez des informations sur l'hôpital sous ma direction, j'ai l'honneur de vous dire

- 1° L'hôpital de Sion n'est pas cantonal.
- 2° On y reçoit gratuitement pour 24 heures les voyageurs pauvres, et provisoirement ceux qui ont subi de graves accidents.
- 3° Les bourgeois et les habitants perpétuels pauvres de Sion y sont reçus gratuitement.
- 4° Tout individu pour cause de santé y est reçu moyennant paiement par lui-même, par la commune d'origine ou par son gouvernement, s'il existe un traité de réciprocité.
- 5° Il n'y a pas de distinction entre Valaisans et étrangers.
- 6° Le prix de pension et de soins est habituellement de frs 2.00 et 1.50 – 1.25, et d'un franc par jour selon les exigences et les besoins du malade.
- 7° Les remèdes et le médecin ne sont pas compris dans ce prix et sont payés séparément. [...]

*Archives de l'Etat du Valais, Département de l'Intérieur, Lettre du directeur de l'Hôpital de Sion au Département de l'Intérieur, 2 septembre 1869<sup>27</sup>.*

qui agite les esprits depuis les années 1860 et qui est remise au goût du jour en 1914. Pour l'Hôpital de Sion, ce serait l'occasion idéale d'une séparation des malades et des autres catégories d'assistés, d'autant plus que certains médecins demandent l'isolement du service médical, comme le Dr François Ducrey<sup>28</sup> en 1923. En 1914, l'Hôpital de Sion propose divers arrangements au canton, comme la mise à disposition d'une aile du bâtiment ou le don d'un terrain. Mais, pour les notables sédunois, la remise des malades à une institution cantonale permettrait surtout de revoir en profondeur la gestion de l'hôpital qui pose de sérieux problèmes en 1919. Il y a alors des dysfonctionnements qui se traduisent par une politique de gratuité trop largement étendue, une comptabilité mal tenue et des arriérés de plus de 17'000 francs<sup>29</sup>. Le conseil d'administration demande une

<sup>27</sup> Document aimablement communiqué par Marie-France Vouilloz Burnier.

<sup>28</sup> François Ducrey (1859-1933): médecin à Sion, promoteur de la lutte antituberculeuse (Goutte de lait, dispensaires, colonies de vacances) et de l'Hôpital régional de Sion.

<sup>29</sup> Archives de la municipalité de Sion, Ho B 1/19, Rapport de la Commission administrative de l'hôpital de Sion au Conseil mixte, 3 avril 1919. Information aimablement communiquée par Marie-France Vouilloz Burnier.

reprise en main de l'institution et la modernisation de sa gestion, qui passe notamment par la vente de certains biens immobiliers peu rentables. Dans ce contexte rénovateur, la médicalisation de l'hôpital prend alors une dimension plus importante. Il faudra encore près de deux décennies de négociations pour arriver à la création d'un hôpital régional dans une aile du bâtiment hospitalier (1935), l'établissement bourgeois se concentrant alors sur les seuls assistés, vieillards et incurables principalement.

### *L'Hôpital des Bourgeois de Fribourg de 1803 à 1937*

On retrouve dans le canton de Fribourg une situation similaire à celle du Valais. En 1803, suite à la Révolution, le partage des biens de l'Etat aristocratique débouche sur le don à la bourgeoisie de Fribourg de l'Hôpital Notre-Dame qui appartenait jusque-là au patriciat fribourgeois. Une convention est signée avec l'Etat en 1808, puis renouvelée en 1840, et prévoit que l'Hôpital des Bourgeois s'engage à réserver 4 lits pour les habitants du canton. Dans les faits, cet établissement reste surtout à destination des ressortissants de la ville de Fribourg.

Des années 1840 aux années 1860, il y a un conflit entre les sœurs hospitalières et les administrateurs qui désirent limiter le pouvoir des religieuses à l'intérieur de l'établissement par le contrôle de l'admission des postulantes au noviciat<sup>30</sup>. Ils demandent notamment un examen d'instruction générale (lecture, écriture et calcul). Il semble que la bourgeoisie fribourgeoise veuille améliorer la formation des sœurs et les utiliser comme des employées efficaces au service de leur politique hospitalière. Il y a en effet au milieu du siècle une crise du pouvoir laïc et gestionnaire dans cet établissement: entre 1858 et 1862, on ne compte pas moins de cinq hospitaliers qui se succèdent à la tête de l'établissement alors que la fonction est généralement occupée pour plus de dix ans au XIX<sup>e</sup> siècle. Ce long conflit joue au détriment de la communauté de sœurs, dont le nombre diminue de vingt en 1864 à quinze en 1868, année pendant laquelle le médecin prend leur défense. On a alors pris la direction d'un recentrage des soucis sur les malades et le médecin a besoin de personnel médical suffisant pour adopter cette nouvelle politique.

Cette première phase de médicalisation se concrétise par le départ des enfants abandonnés et des aliénés, avec l'ouverture de l'orphelinat de la ville de Fribourg (1868) et de l'asile de Marsens (1875). On observe un développement des hospitalisations, dont le nombre se monte à près de

<sup>30</sup> Sur ce conflit, voir BRASEY 1931 et GOTTRAU 1994.

### Un cas de gale à l'Hôpital des Bourgeois de Fribourg (1879)

«Le Département vaudois de Justice et Police se plaint de ce que, à plusieurs reprises, des individus atteints de la gale sont arrivés dans le canton de Vaud après avoir passé à l'Hôpital [des Bourgeois] de Fribourg. Le 16 octobre courant encore, un nommé Paul Berger, Saxon, visité à Lausanne, a été trouvé infecté de gale à un haut degré. Cet individu avait couché dans la nuit du 14 au 15 octobre à l'Hôpital de Fribourg. Sa maladie a une origine bien antérieure à cette date. Il reconnaît d'ailleurs qu'il était galeux lors de son passage à l'hôpital. Il paraît donc qu'il n'y a pas de contrôle exercé sur les passants à l'hôpital ou qu'il n'est pris aucune mesure pour désinfecter ceux qui sont atteints de maladies contagieuses.»

*AEF, DS Ib, lettre de la Commission de Santé au Préfet de la Sarine, 20 octobre 1879, cité par BOSSON 2000, p. 169.*

900 par année dans les dernières décennies du siècle (956 en 1880 et 884 en 1890<sup>31</sup>). L'Hôpital des Bourgeois est à ce moment le plus grand établissement médical du canton de Fribourg: il compte 105 lits et reçoit vers 1889 entre 65 et 70 malades par jour, contre une petite dizaine dans les autres hôpitaux du canton<sup>32</sup>. Mais surtout, il faut noter la présence de médecins de renom, comme le Dr Félix Castella<sup>33</sup>, qui sont parmi les seuls à pratiquer la chirurgie en milieu hospitalier dans le canton<sup>34</sup>. Enfin, il faut citer le Dr Gustave Clément<sup>35</sup>, premier chirurgien spécialiste de retour en ville de Fribourg en 1900. Il est nommé chirurgien de l'Hôpital des Bourgeois en 1904 et joue un rôle essentiel dans le développement médical de l'ensemble du système hospitalier fribourgeois. Il forme notamment deux religieuses de l'hôpital dans sa clinique privée avant de prendre son service. Peu après, la formation des religieuses fait un bond en avant décisif avec l'ouverture de l'école de Pérolles (1913).

Malgré cette première médicalisation, l'Hôpital des Bourgeois reste un établissement qui accueille toujours vieillards et incurables et assume d'importantes tâches d'assistance à domicile. Selon le budget 1888<sup>36</sup>, les

<sup>31</sup> AEF, Compte-rendu de Conseil d'Etat, diverses années.

<sup>32</sup> BOSSON 1998, p. 138.

<sup>33</sup> Félix Castella (1836-1901): médecin praticien à Fribourg dès 1858, il est l'une des grandes personnalités médicales de ce canton dans la seconde partie du XIX<sup>e</sup> siècle.

<sup>34</sup> BOSSON 1998, p. 91.

<sup>35</sup> Gustave Clément (1868-1940): interne, puis chef de clinique chez César Roux à l'Hôpital cantonal de Lausanne, il opère entre 1900 et 1940 dans les principaux établissements hospitaliers fribourgeois.

<sup>36</sup> RAEMY 1889, p. 93.



Salle 7. Hôpital des Bourgeois, Fribourg

Figure 9: *Archives Médiacentre, BCU Fribourg.*

Salle de médecine hommes de l'Hôpital des Bourgeois de Fribourg, années 1900-1920.

dépenses de pharmacie se montent à 3'000 francs, soit 3.4% des dépenses, et l'assistance à domicile à 6'500 francs, soit 7.4%. Les frais d'alimentation représentent 54.4% des dépenses et les salaires 10.2%. Dans les années 1890, de nombreux lits sont encore consacrés aux tuberculeux<sup>37</sup>. L'Hôpital des Bourgeois occupe une place de choix parmi les établissements caritatifs du canton. Il est de loin l'institution la plus riche, avec une fortune qui se monte en 1900 à près de 3.2 millions de francs<sup>38</sup>. Ce n'est qu'après l'incendie de 1937 que l'Hôpital des Bourgeois s'engage vers une médicalisation aboutie.

### *Médicalisation limitée*

En dépit de la persistance de leur caractère bourgeois, certains hôpitaux présentent un processus de médicalisation mais celui-ci n'est pas

<sup>37</sup> BOSSON 1998, p. 83.

<sup>38</sup> AEF, Compte-rendu du Conseil d'Etat, 1900. A la même date, le second établissement le mieux doté est l'Orphelinat de la ville de Fribourg avec environ 490'000 francs, et le troisième l'Hospice de district d'Estavayer-le-Lac avec 354'000 francs. Les autres institutions possèdent moins de 300'000 francs.

porté à terme. Ainsi, bien qu'on accorde une place de plus en plus importante aux malades et à leur traitement, les préoccupations des comités de direction restent celles de leurs prédécesseurs d'Ancien Régime. On assiste au cours du XIX<sup>e</sup> siècle à la naissance de nouvelles institutions médicalisées concurrentes ou à un brusque changement des organes dirigeants qui permet cette modernisation.

### *L'Hôpital général de Genève de 1815 à 1869*

Après 1815, l'Hôpital général de Genève présente les mêmes caractéristiques que sous l'Ancien Régime. Au niveau organisationnel et gestionnaire, c'est une institution qui n'a que très peu changé depuis le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle. On observe pourtant une place grandissante accordée aux malades dans cet établissement dès les années 1820.

Le nombre de malades est en constante augmentation entre 1829 et 1848, passant de 669 à 1'129, soit une hausse de 68.8% (croissance annuelle moyenne de 3.1%)<sup>39</sup>. Cette hausse n'est pas due à une croissance généralisée des hospitalisations mais reflète la place prépondérante que prennent les malades dans l'hôpital. Sur l'ensemble des personnes secourues, ils représentent 58.1% du total en 1820 et plus de 70% dès 1840.

Dans un premier temps, durant les années 1820, l'environnement en faveur des malades est amélioré. En 1824, on affirme que «la Direction s'est beaucoup occupée dans l'année qui vient de s'écouler des améliorations à introduire dans l'intérieur pour le régime des malades et les soins à leur donner»<sup>40</sup>. On a notamment établi des veilleurs et veilleuses de nuit dans chaque salle (1824). Durant le reste de la décennie, les gages des infirmiers(ères) sont augmentés et le mobilier est amélioré (couchettes en fer, couvertures neuves, poêles neufs, etc.).

Dans les années 1830, une réorganisation des services est permise par le transfert des aliénés hors de la Discipline, annexe de l'hôpital. Désirant utiliser cette maison à l'usage d'éventuels cholériques, le Conseil d'Etat décide de mettre les aliénés dans une ferme-asile à Corsier en 1832. Ce départ répond à la demande de médecins désireux de placer les aliénés en-dehors des villes<sup>41</sup> et libère un bâtiment de l'hôpital dans lequel on place les femmes en 1838, après quoi les médecins peuvent séparer les malades entre les deux services de médecine et de chirurgie. Cette première phase

<sup>39</sup> AEG, T 1 34/6, Rapport du Conseil de Santé à la Commission du Grand Conseil, 18 juin 1849. AEG, AH, Ae, Rapport annuel, diverses années.

<sup>40</sup> AEG, AH, Ae, Rapport pour 1824.

<sup>41</sup> Voir FUSSINGER & TEVAERAI 1998, pp. 20-22, ainsi que LEURIDAN 1994.



Figure 10: *Archives de l'Hôpital cantonal de Genève.*

Edifié au cœur de la cité au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'Hôpital général de Genève ne correspond plus aux normes hospitalières du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. Ainsi, on évoque en 1851 au Grand Conseil «M. Lombard<sup>42</sup> [qui] appelait [en 1836] de tous ses vœux l'époque où l'on verrait les malades dans des salles mieux aérées, mieux chauffées et surtout mieux disposées, etc. Il disait cela, tout en reconnaissant que la direction faisait tout ce qu'elle pouvait. Il réitéra les mêmes demandes en 1837, 1838 et 1840»<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Inspecteur de l'Hôpital général dans les années 1830.

<sup>43</sup> AEG, Mémorial des séances du Grand Conseil, 1850-1851, p. 578.

de médicalisation ne touche en revanche que très peu le personnel infirmier<sup>44</sup>. On a encore affaire à des laïcs généralement issus des classes populaires et sans formation spécialisée. Leur travail en milieu hospitalier répond à la volonté d'occuper un emploi et de gagner un salaire. Lorsqu'ils trouvent une autre activité, mieux payée ou moins pénible, ils quittent l'établissement. Ce personnel se caractérise donc par sa très grande mobilité. Entre 1800 et 1856, on dénombre l'engagement de 181 personnes. La durée de leur activité est connue pour 152 d'entre elles: 51.3% restent moins de 18 mois.

Ce développement médical attire désormais une partie de la population qui n'est pas indigente. La proportion de malades payant eux-mêmes leur hospitalisation est en constante augmentation entre 1831 et 1846, passant de 8.2% à 30.4%<sup>45</sup>. Pourtant, cette rentrée financière ne suffit pas à combler un déficit en forte hausse. Les pensions ne représentent qu'entre 12 et 17% des rentrées d'un établissement de plus en plus dépendant de l'autofinancement. Bénéficiaire durant la décennie 1819-1829, l'établissement est en constant déficit de 1830 à 1860<sup>46</sup>, malgré une forte hausse du fonds capital. Il passe de 3.6 millions de florins en 1815 à 5.9 millions de florins en 1838, puis de 2.8 millions de francs en 1842 à 3.5 millions de francs en 1850<sup>47</sup>. Ce déséquilibre entre la croissance de la fortune et la permanence des déficits trahit un manque de ressources externes. Odier-Cazenove explique que «les rapports publiés chaque année par la direction de l'Hôpital, mettent en évidence l'insuffisance actuelle des revenus directs de l'établissement pour faire face à ses dépenses»<sup>48</sup>.

*Ressources financières de l'Hôpital général de Genève, en % (1820-1850)<sup>49</sup>.*

	1820	1830	1840	1850
Autofinancement	43.1	55.4	57.5	63.5
Dons	39.7	30.5	25.7	18.6
Pensions	17.2	14.2	12.2	12.2
Droits de cité	0.0	0.0	4.6	5.0
Divers	0.0	0.0	0.0	0.7

<sup>44</sup> Voir DROUX 1992.

<sup>45</sup> AEG, T 1 34/6, Rapport du Conseil de Santé à la Commission du Grand Conseil, 18 juin 1849. AEG, AH, Ae, Rapport annuel, diverses années.

<sup>46</sup> A l'exception de quatre années: 1837, 1838, 1850 et 1858.

<sup>47</sup> ODIER-CAZENOVE 1862, pp. 54-55.

<sup>48</sup> ODIER-CAZENOVE 1862, p. 74.

<sup>49</sup> AEG, AH, Ae, Rapport annuel, diverses années.

Les révolutions des années 1840 remettent en question le fonctionnement de l'Hôpital général. La Constitution de 1842 ne bouleverse pas fondamentalement l'institution qui peut même entrevoir une voie vers la médicalisation. La création d'un Hôpital cantonal est en effet prévue mais on ne dispose pas de moyens financiers suffisants. Dans un premier temps, les autorités cantonales, conservatrices, approchent la direction de l'Hôpital général, qui désire garder la haute main sur la propriété et l'administration de son établissement. On ne veut rien céder à l'Etat: il n'y a donc pas de « nationalisation » possible de l'Hôpital général. On aboutit en fin de compte à une solution consensuelle prévoyant l'hospitalisation des non Genevois d'origine à l'Hôpital général moyennant le paiement des frais par l'Etat. Une convention est ainsi signée en 1844 mais n'a pas le temps de faire ses effets. En effet, la révolution radicale de 1846 et la nouvelle constitution de 1847 sont beaucoup moins favorables à l'oligarchie genevoise. Dès septembre 1847, les représentants de la ville de Genève sont en minorité à la commission administrative de l'hôpital<sup>50</sup>. Dès lors, son développement leur échappe. Bien que le Conseil de Santé rende en 1849 un rapport tout à fait favorable à l'Hôpital général<sup>51</sup>, affirmant même que « l'Hôpital de Genève suffit actuellement aux besoins de notre population »<sup>52</sup>, la majorité radicale du Grand Conseil se décide en faveur de la création *ex nihilo* d'un Hôpital cantonal (1849) qui ouvre ses portes en-dehors de la ville en 1856.

De plus, la nouvelle commission administrative de l'Hôpital général s'occupe de réformer cette institution<sup>53</sup>. On demande le rejet de la religion et des mesures infamantes (suppression des carnets d'assistance et de la comparution devant les commissaires, etc.), ainsi que l'application d'une gestion modernisée, faite par des employés salariés. Suite à une polémique avec les patriciens qui désirent conserver leurs prérogatives, les radicaux l'emportent avec la loi sur les fondations (1849) et l'ouverture d'un orphelinat cantonal, en opposition avec l'ancien principe du placement familial (1853). Dans la continuité de cette politique radicale, tous les citoyens genevois sont déclarés égaux dans l'assistance (1868)<sup>54</sup> et l'Hôpital général

<sup>50</sup> La Constitution de 1847 (art. 150) garantit les biens de l'Hôpital général à ses propriétaires mais instaure une nouvelle commission administrative de 11 membres (3 nommés par le Conseil d'Etat, 5 par le Conseil municipal de Genève et 3 par les conseils communaux des communes de l'ancien territoire).

<sup>51</sup> AEG, Archives de l'Hôpital cantonal, T1 34/6, Rapport du Conseil de Santé à la Commission du Grand Conseil sur les avantages et les inconvénients de l'Hôpital de Genève, 18 juin 1849.

<sup>52</sup> Ibidem.

<sup>53</sup> Voir l'excellente contribution de MARCACCI 1985.

<sup>54</sup> Entre 1814 et 1868, seuls les ressortissants des communes genevoises d'avant 1798 ont droit à l'assistance hospitalière. Les Genevois des communes réunies dépendent d'autres institutions charitables, souvent moins riches.

transformé en Hospice général chargé uniquement de l'assistance (1869). Entre temps, les services aux malades ont été transférés dans le nouvel Hôpital cantonal, devenu le centre de la médecine hospitalière à Genève en 1856.

*L'Hôpital de la Ville de Neuchâtel de 1808 à 1888*<sup>55</sup>

Réorganisé en 1808, l'hôpital de Neuchâtel accorde dès lors une place particulière aux malades. On écrit ainsi en 1810 que « des lits commodes, des appartements propres et bien aérés y ont été préparés pour recevoir des malades auxquels on donne les remèdes et les soins qu'exige leur état jusqu'à entière guérison »<sup>56</sup>. Située au troisième étage de l'établissement, cette division comprend quatre chambres de trois ou quatre lits et reçoit la visite quotidienne du médecin de la Chambre de Charité de la ville.

Une nouvelle phase de modernisation a lieu dans les années 1840 et mène véritablement l'institution sur la voie de la médicalisation. En 1844, le Conseil général nomme une commission chargée de la réorganisation de l'hôpital qui déplore en 1845 que

« dans ce grand édifice qui porte le nom d'Hôpital, une partie seulement du troisième étage est réservée aux malades. Le reste est une espèce de salmigondis, de pot-pourri, où l'on a réuni des personnes et des choses qui n'ont aucune affinité entre elles, et qui pour la plupart sont précisément celles qui sont le plus nuisibles à de pauvres malades. »<sup>57</sup>

On décide cette année-là de n'affecter le bâtiment de l'hôpital plus qu'aux seuls malades et pensionnaires. Leur répartition est revue: alors que les femmes sont hospitalisées au premier étage et les hommes au second, les pensionnaires (vieillards et incurables) sont relégués au troisième étage.

Les années 1840 voient aussi l'arrivée des diaconesses de Strasbourg (1849). Le pasteur Mercier, de la Chambre de charité de Neuchâtel, écrit alors à la maison de diaconesses de Strasbourg qu'« il est temps que, nous aussi nous ayons des sœurs de notre sainte réformation, à côté des sœurs catholiques, qui travaillent à l'Hôpital Pourtalès depuis 36 ans »<sup>58</sup>. Deux religieuses arrivent à Neuchâtel en 1849 et sont rapidement rejointes par une troisième en provenance de Préfargier.

<sup>55</sup> Informations tirées pour l'essentiel de QUARTIER-LA-TENTE 1898, pp. 418ss.

<sup>56</sup> *Le véritable messager boiteux de Neuchâtel*, 1810, n.p.

<sup>57</sup> Cité par QUARTIER-LA-TENTE 1898, p. 419.

<sup>58</sup> Lettre du 23 avril 1849, citée dans la brochure ANONYME 1893, p. 89.



Figure 11: *Musée d'Art et d'Histoire, Neuchâtel.*

L'Hôpital de la Ville de Neuchâtel au début du XX<sup>e</sup> siècle. Avant 1888, cet établissement appartient à la commune bourgeoise de Neuchâtel qui y hospitalise ses ressortissants indigents. Quant à la municipalité, elle paie les séjours des quelques malades non bourgeois, dont le nombre est très variable: ils sont 67 en 1857, 47 en 1860 et 7 en 1865.

Un dispensaire privé (service de visites à domicile) est créé par des femmes de l'aristocratie neuchâteloise<sup>59</sup> en 1854 et prend place dans les murs de l'établissement. Un service pour enfants de dix lits est ouvert en 1873. Cette politique de médicalisation s'observe au niveau des hospitalisations. On passe d'une moyenne annuelle de 192 malades en 1841-1861 à 350 en 1862-1882 (soit une hausse de 82.3%).

L'hôpital ne compte qu'un médecin en ses murs. Après une période d'incertitude pendant laquelle se succèdent trois praticiens (1808-1821), des représentants des milieux royalistes s'installent à ce poste. On trouve les Drs Jacques-Louis Borel<sup>60</sup> (1821-1863), Léopold de Reynier<sup>61</sup> (1863-

<sup>59</sup> Son comité est composé en 1854 de Mmes Coulon-de Montmollin et Louis de Meuron, de Milles Cécile de Meuron, Marianne Borel et Julie Petitpierre, de sœur Lydie, diaconesse, ainsi que du pasteur Godet.

<sup>60</sup> Jacques-Louis Borel (1795-1863): médecin du roi de Prusse (1833-1848), médecin cantonal dès 1849 et vice-président de la Commission de Santé dès 1851.

<sup>61</sup> Léopold de Reynier (1808-1904): médecin de la ville de Neuchâtel (1832-1851).

1873), François de Pury<sup>62</sup> (1873-1881) et Henri de Montmollin<sup>63</sup> (1881-1914).

Le repli sur les malades après 1849 s'accroît en 1873, lorsque l'on décide de ne plus recevoir les hôtes de passage. Enfin, suite à la nouvelle loi sur les communes<sup>64</sup> de 1888, l'Hôpital de la ville est remis entre les mains de la municipalité de Neuchâtel. Celle-ci se donne les moyens d'un large développement (397 malades en 1890 et 631 en 1910) qui aboutit à l'ouverture du nouvel Hôpital des Cadolles en 1914.

### *L'Hôpital bourgeois de Porrentruy de 1815 à 1870<sup>65</sup>*

À la Restauration, l'Hôpital de Porrentruy est remis à la bourgeoisie qui l'administre depuis 1815. Au cœur du pouvoir bourgeois dans la cité, cet établissement connaît un développement médical limité jusqu'en 1870 car ses propriétaires craignent une intervention des autorités radicales bernoises, qui subventionnent les hôpitaux du canton dès 1848.

Les bâtiments des années 1760 permettent tout de même une très forte croissance des hospitalisations, qui passent de 124 en 1820 à 573 en 1870 (soit une croissance annuelle moyenne de 7.1%). La médicalisation s'observe par une baisse de la durée de séjour moyen, qui tombe de 35.7 jours en 1851 à 25.2 jours en 1870<sup>66</sup>. Agrandi à plusieurs reprises (1828, 1841 et 1853), l'hôpital de Porrentruy accroît sa capacité d'accueil, qui passe d'une trentaine de lits après 1815 à un maximum de 57 en 1870.

La médicalisation atteint un point de non-retour vers la fin des années 1840, sous l'impulsion déterminante du Dr Ernest Daucourt<sup>67</sup>. C'est sous sa direction (1848-1870) qu'on ouvre une salle d'opérations (1848), qu'on réalise divers aménagements hygiénistes et qu'on déplace les vieillards dans un bâtiment annexe (1853). Le progrès médical est associé à la fierté locale et Daucourt affirme en 1850 qu'il désire « voir l'hôpital de [sa] ville natale, dans les meilleures conditions possibles de rivaliser avec les établissements de ce genre, et procurer dans son sein le plus de place possible aux pauvres malades »<sup>68</sup>.

<sup>62</sup> Voir note 5, p. 34.

<sup>63</sup> Henri de Montmollin (1842-1923): fils d'un membre de la direction de Pourtalès (Auguste de Montmollin).

<sup>64</sup> Avec cette loi, on passe notamment du régime de l'assistance par la commune d'origine à celui de l'assistance par la commune de domicile.

<sup>65</sup> Voir DONZÉ 2000.

<sup>66</sup> Pour la période 1820-1850, les statistiques ne séparent pas vieillards et malades. On a donc une durée de séjour moyen très haute qui n'est pas très explicite.

<sup>67</sup> Ernest Daucourt (1813-1879): conseiller communal, député et membre du conseil d'administration de l'hôpital.

<sup>68</sup> ABP, III, X, Hôpital, 1, Rapport du Dr Ernest Daucourt au Conseil d'administration, 21 janvier 1850.

L'Hôpital bourgeois de Porrentruy est en plein développement au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle mais ne mène pas le processus de médicalisation à son terme. Au niveau gestionnaire, les administrateurs bourgeois préfèrent, pour des raisons de sécurité et de prestige, conserver leur fortune en biens immobiliers plutôt que de la convertir en capitaux. Cette politique conservatoire et peu visionnaire s'applique aussi au domaine médical. La religion garde une place importante dans la maison et l'on refuse de ne se consacrer qu'aux seuls malades. Se référant sans cesse à l'acte de fondation de 1760, la bourgeoisie bruntrutaine désire garder un rôle multifonctionnel à son établissement malgré les développements de la médecine.

A Porrentruy, c'est l'attachement de la bourgeoisie locale à l'Ancien Régime qui explique ces limites à la médicalisation. Craignant l'intervention du pouvoir radical bernois dans les affaires hospitalières locales, les bourgeois bruntrutains préfèrent la persistance du modèle hospitalier ancien à une médicalisation aboutie qui mettrait fin à l'autonomie locale. Lorsqu'ils obtiennent la propriété de l'établissement en 1870, les radicaux lui infligent une médicalisation sans concessions (tentatives de laïcisation, développement de la capacité d'accueil, rejet des vieillards, etc.)<sup>69</sup>.

### *Médicalisation de quelques établissements*

Les meilleurs exemples d'établissements en voie de médicalisation sont donnés par l'Hôpital cantonal vaudois et l'Hôpital Pourtalès. Il est d'ailleurs remarquable que ce soient les deux seules nouvelles institutions. Ainsi, le poids de la tradition et des habitudes administratives n'y joue aucun rôle à priori défavorable à une forte médicalisation.

### *L'Hôpital cantonal vaudois de 1806 à 1883<sup>70</sup>*

Lorsqu'il est repris par les autorités cantonales, le Grand Hôpital de Lausanne ne présente pas le moindre signe de médicalisation. Il reste le grand établissement urbain d'accueil et d'enfermement de la population paupérisée et marginalisée. Son intégration à l'Etat en fait peu à peu le lieu privilégié de l'accueil des malades au détriment des autres catégories traditionnelles d'hospitalisés, renvoyées de l'établissement et placées dans de

<sup>69</sup> Voir DONZÉ à paraître.

<sup>70</sup> Informations tirées pour l'essentiel des comptes-rendus du Conseil d'Etat, ainsi que des procès-verbaux de la commission des hospices (ACV).

nouvelles institutions. Le développement médical de la maison en rend les bâtiments trop petits dès les années 1860.

Durant cette période, on assiste au départ des aliénés, installés au Champ-de-l'Air (1811), puis à celui des détenus pour Béthusy (1826), alors que la Discipline des garçons est déplacée aux Croisettes (1847) et celle des filles à Moudon (1869). Ces déplacements successifs ont pour but « de mieux distribuer les malades et d'éviter leur encombrement »<sup>71</sup>, ainsi que « de donner plus de place aux malades et de créer des quartiers distincts, pour certaines maladies dégoûtantes, ou dangereuses, par leur caractère contagieux »<sup>72</sup>. Cette politique de dégagement des non-malades touche aussi l'administration. Ainsi, en 1838, une maison privée voisine de l'hôpital est achetée pour y déplacer le Service des Hospices et le Conseil de santé, ce qui permet de faire de la place dans l'hôpital.

On assiste donc à un recentrage des préoccupations sur les malades. Alors qu'on ne dénombre en 1803 que neuf malades et 40 lits, on trouve plus de 500 hospitalisés dès la fin des années 1820 et 130 lits en 1842<sup>73</sup>. Le nombre de malades croît régulièrement, avec quelques accélérations au milieu des années 1840 et dans les années 1860. Cette hausse régulière reflète l'augmentation de la population vaudoise<sup>74</sup> mais surtout le développement de la capacité d'accueil de l'établissement. Une chambre de quatre lits pour femmes en couches est organisée en 1845, suite au départ des prisonniers. On y accueille « des femmes ou des filles enceintes, dénuées de ressources, ou abandonnées »<sup>75</sup>. Comprenant un médecin à sa tête, ce service fonctionne aussi comme lieu d'instruction pour élèves sages-femmes. Cette présence reste pourtant peu développée. On compte 51 femmes en 1849 (soit 3.6% du service de médecine) et 44 en 1850 (3.7%). C'est seulement à l'extrême fin du XIX<sup>e</sup> siècle que la naissance fera véritablement son entrée à l'hôpital. En attendant, ce service répond d'abord à un besoin social. Plus de la moitié des femmes qui y sont accueillies en 1849 (soit 27 personnes) sont filles-mères. Une section pour syphilitiques est ouverte à la même époque: elle accueille 137 personnes en 1851 (soit 6.0% des malades hospitalisés). La chirurgie fait aussi l'objet d'une attention soutenue au début des années 1850. Comme « les Officiers de santé de l'hospice se plaignent de ce que cet établissement est dépourvu

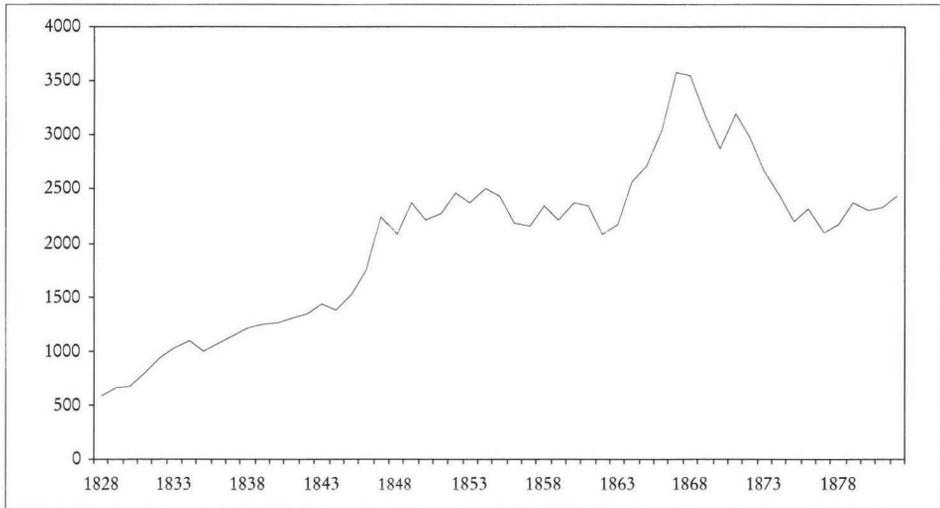
<sup>71</sup> ACV, Compte-rendu du Conseil d'Etat, Département de l'Intérieur, 1846.

<sup>72</sup> ACV, Compte-rendu du Conseil d'Etat, Département de l'Intérieur, 1845.

<sup>73</sup> Selon SAUDAN 1991 b, p. 42.

<sup>74</sup> La population vaudoise passe de 144'200 personnes en 1798 à 317'457 en 1910, soit une hausse de 120%. Cette croissance se concentre essentiellement dans les centres urbains: ainsi, la ville de Lausanne représente 9.7% de la population vaudoise en 1803, 11.4% en 1850 et 24.8% en 1910. Voir BLANC 1974.

<sup>75</sup> ACV, Compte-rendu du Conseil d'Etat, Département de l'Intérieur, 1845.

*Malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal vaudois (1828-1882)<sup>76</sup>.*

de bons instruments de chirurgie»<sup>77</sup>, on décide en 1851 l'achat d'instruments de chirurgie et de livres pour enregistrer les malades de ce service. En 1860, les bains sont rénovés, transformés et divisés en différentes sections (femmes, hommes, vapeur).

L'hôpital atteint sa capacité d'accueil maximale à la fin des années 1840. Alors que la croissance annuelle moyenne des hospitalisations est de 14.1% pour la période 1828-1847 (on passe de 588 malades à 2'245), on connaît une certaine stagnation pour la période 1848-1882, si l'on ne tient pas compte des années exceptionnelles 1865-1873. On a en effet un nombre moyen d'hospitalisations annuelles qui se monte à 2'298 malades<sup>78</sup>, soit le niveau atteint en 1847. Quant à la durée de séjour moyen, elle présente les mêmes caractéristiques. Fortement en baisse entre 1836 et 1849<sup>79</sup>, elle chute entre ces deux dates de 36.9 à 24.9 jours (soit une baisse de 32.5%). Pour la période 1849-1882, la durée de séjour oscille entre 20 et 25 jours (moyenne annuelle de 22.4 jours), si l'on ne tient pas compte des années 1865-1873.

L'augmentation brutale du nombre de malades admis dans la seconde partie des années 1860 s'explique par l'hospitalisation importante de malades atteints de la gale durant cette période. Pour la décennie 1863-

<sup>76</sup> ACV, Compte-rendu du Conseil d'Etat, Département de l'Intérieur, diverses années. Les chiffres ne sont pas disponibles dans ces documents pour les années 1806-1827.

<sup>77</sup> ACV, K VIIIa 42/1, Protocole de la Commission des Hospices, 4 janvier 1851.

<sup>78</sup> Moyenne des années 1848-1864 et 1875-1882.

<sup>79</sup> On n'a pas les chiffres avant 1836.

1872, on atteint un nombre moyen de 1'236 galeux par an, soit 41.4% du total des malades. Après 1872, leur nombre diminue (987 cas en 1873; 673 en 1874; 583 en 1875) et se stabilise aux alentours de 600 à la fin des années 1870. Cette forte présence de galeux a une incidence directe sur la durée moyenne de séjour car ces malades nécessitent des soins très courts et leur hospitalisation ne dure généralement pas plus de deux ou trois jours. Pendant les années 1865-1873, le séjour moyen est en effet de 15.0 jours.

Le développement de l'hôpital ne s'accompagne pas vraiment d'une hausse du personnel soignant. En 1850 comme en 1870, on compte environ 25 employés laïcs permanents, dont la famille de l'économiste, et une quinzaine d'employés temporaires (repasseuses, veilleuses, etc.). Même si l'on note à l'occasion la présence de stagiaires de La Source (dès 1860), il n'y a pas vraiment de filière de recrutement privilégiée. C'est seulement au cours des années 1870 qu'apparaît la croissance et un début de professionnalisation de ce personnel. Il y a ainsi 34 employés permanents et 11 temporaires en 1876. L'année suivante, une convention est signée avec l'armée qui envoie des infirmiers pour des périodes d'une vingtaine de jours (dix en médecine et dix en chirurgie). Ces stages sont surtout utiles aux samaritains eux-mêmes, car ils apprennent à soigner, mais sont de moindre secours pour l'hôpital qui ne dirige pas ces infirmiers temporaires, ne faisant d'ailleurs que passer dans l'établissement. On en reçoit 19 en 1879 et 23 en 1880. On autorise aussi dès 1877 la tenue de stages d'infirmières pour les élèves de l'École normale de gardes-malades de La Source: avant que ne s'ouvre la Clinique Beaulieu dans le cadre de leur école (1891), elles viennent acquérir leurs connaissances chirurgicales à l'Hôpital cantonal.

Les médecins eux-mêmes prennent une place de plus en plus grande dans l'établissement. Dès sa création, l'Hôpital cantonal compte un médecin et un chirurgien. Ce sont souvent des personnalités médicales qui occupent ce poste, comme les Drs Matthias Mayor<sup>80</sup> (chirurgie, 1806-1847) et Jean de La Harpe<sup>81</sup> (médecine, 1835-1871). La méthode listérienne<sup>82</sup> est adoptée dans le service de chirurgie dès 1876. Un règlement pour les officiers de santé de l'Hôpital cantonal est établi en 1824. Il prévoit une visite journalière des malades, ainsi qu'une visite bi-hebdoma-

<sup>80</sup> Matthias Mayor (1775-1847): membre du Conseil de Santé, cofondateur de la Société vaudoise des sciences médicales et député.

<sup>81</sup> Jean de La Harpe (1802-1877): membre du Conseil de Santé, président de la Société vaudoise des sciences médicales.

<sup>82</sup> Il s'agit de l'antisepsie, mise au point au cours des années 1870 par Joseph Lister (1827-1912), professeur de chirurgie à l'Université de Glasgow. Cette méthode vise à détruire avec de l'acide et des pansements phéniques les germes à l'origine de la suppuration des plaies.



Figure 12: *Musée historique de Lausanne* (C. Bornand, Lausanne).

L'Hospice cantonal vaudois, gravure de Frédéric Martens, vers 1845. Malgré son recentrage sur les malades au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, le bâtiment de la Mercerie ne suffit plus à l'accueil d'une population en forte croissance. Il faut aussi tenir compte de l'ouverture de l'hôpital sur les classes moyennes avec les progrès de la médecine. C'est ce qu'expliquent les administrateurs de l'établissement en 1881: «La population de l'Hôpital tend constamment à augmenter, malgré les nombreux refus d'admission que provoquent les périodes d'encombrement et l'envoi de malades dans les infirmeries locales. C'est un fait aujourd'hui bien constaté que le traitement des maladies dans les hôpitaux rencontre de moins en moins de répugnance, même chez les personnes qui, par leur position sociale, sembleraient ne devoir recourir aux soins hospitaliers que comme dernière ressource.»<sup>83</sup>

naire de l'asile d'aliénés et de la maison de force, s'il s'y trouve des malades.

Le personnel médical est augmenté d'un poste d'interne, créé en 1835. Il est supprimé en 1847, car le Conseil d'Etat préfère nommer un pharmacien, et rétabli en 1849, suite à une motion et au soutien du Conseil de santé. Selon un règlement édicté en 1874, les internes jouent le rôle d'intermédiaires entre les médecins-chefs et les employés subalternes. Leur tâche principale est en effet la direction du personnel soignant et le contrôle de leur travail. Logés, nourris, chauffés et éclairés, ils reçoivent une indemnité annuelle de 500 francs.

<sup>83</sup> ACV, Comptes-rendu du Conseil d'Etat, Département de l'Intérieur, 1881, p. 76.

Pour le corps médical, l'occupation d'une place à l'Hôpital cantonal devient une étape importante dans la course aux honneurs. Les vieilles familles lausannoises continuent leur mainmise sur l'institution. Ainsi, lorsque la place d'interne est mise au concours pour la première fois à la fin des années 1830, le Conseil de Santé introduit son propre examen aux médecins postulants, pourtant déjà diplômés d'une faculté de médecine suisse ou étrangère. On peut y voir une sélection sociale déguisée. C'est ce qu'affirme un médecin en retirant sa candidature en 1839 parce que «[son] concurrent Mr Secrétan qui n'a point passé d'examen aura probablement la place d'emblée»<sup>84</sup>. En 1845, le Dr Mayor demande et obtient l'autorisation d'employer son fils<sup>85</sup> comme chirurgien-adjoint.

Au début des années 1840, les médecins lausannois tentent un coup de force au Grand Conseil. Un député demande en 1842 qu'on étudie l'augmentation du nombre de médecins de l'Hôpital cantonal, mais se voit opposer le refus du Conseil de Santé. Ce dernier écrit à la Commission des Hospices en 1842 et affirme son opposition aux subdivisions en spécialités:

«La science progresse plus par ceux qui peuvent la faire avancer en suivant eux-mêmes ses progrès que par l'éparpillement et la dispersion de ses matériaux entre le plus grand nombre possible de mains [...] Une rotation quelconque serait donc nuisible aux malades et ne profiterait que peu ou point aux vrais intérêts de la science.»<sup>86</sup>

Il faut qu'un chirurgien fasse toutes les opérations, même s'il est surchargé, car c'est pour lui le meilleur moyen d'apprendre et de s'améliorer: «Quatre officiers de santé pour si peu d'ouvrage seraient très tentés de se reposer les uns sur les autres.»<sup>87</sup> Selon le Conseil de Santé, la volonté d'accroître le nombre de praticiens à l'Hôpital cantonal est un coup de force des autres médecins de Lausanne qui cherchent des places «pour se créer un nom et une clientèle»<sup>88</sup>. Une conception radicalement différente des rapports entre exercice chirurgical et formation du corps médical se présente dans les années 1860. Comme le poste de chirurgien apporte une large expérience à celui qui l'occupe, le Conseil d'Etat aimerait en 1863, à la mort de Dr Larguier<sup>89</sup>, ne plus nommer des chirurgiens-chefs que pour 6 ans, afin de donner la chance d'exercer à d'autres candidats.

<sup>84</sup> ACV, K VIII B 18, Lettre au Conseil de santé, 29 juillet 1839.

<sup>85</sup> Charles-Louis Mayor (1804-1863): cofondateur de la Société vaudoise des sciences médicales.

<sup>86</sup> ACV, K VIII B 38, Lettre du Conseil de santé à la Commission des Hospices, 27 décembre 1842.

<sup>87</sup> Ibidem.

<sup>88</sup> Ibidem.

<sup>89</sup> Larguier (?-1863): médecin-chef du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Lausanne (1847-1863).

Malgré tous ces progrès, l'Hôpital cantonal reste une institution caritative dans le sens qu'il s'adresse presque exclusivement aux indigents. Pour la période 1848-1869, le nombre de journées d'hospitalisation gratuites représente 91.6% des journées totales. De plus, l'assistance externe ne disparaît pas mais prend une dimension médicale. On distribue en effet des bandages, sur demande de pasteurs ou de médecins. Il s'agit d'une pratique courante et populaire. Leur nombre passe de 357 en 1840 à 604 en 1848 (soit une hausse de 69%).

Enfin, l'Hôpital cantonal n'est pas encore le temple de la médecine triomphante qu'il deviendra à la Belle Epoque. La religion garde un rôle important, qui se renforce même au début des années 1830. Dès 1829 en effet, certaines voix demandent au Grand Conseil la nomination d'un second pasteur. Le député libéral Monnard<sup>90</sup> s'en fait le porte-parole: «Je sais que des médecins désirent, sous le rapport sanitaire, que le pasteur voie le plus souvent les malades; les consolations que ceux-ci reçoivent peuvent contribuer même à hâter leur guérison.»<sup>91</sup> Un second pasteur est nommé en 1833.

Peu après sa création, l'Hôpital cantonal avait reçu une dotation provenant de la liquidation de l'Hôpital de Villeneuve (1810). Augmentée à plusieurs reprises, elle se monte en 1830 à plus de 600'000 francs<sup>92</sup> et permet un large autofinancement. Le Service des Hospices, dont l'Hôpital cantonal occupe une place primordiale, ne représente que 1.8% des dépenses de l'Etat entre 1846 et 1869, c'est-à-dire un peu plus de 45'000 francs par an en moyenne. Dans les années 1870, les dépenses de l'Etat pour le Service augmentent notablement et atteignent plus de 214'000 francs en 1880, soit 4.8% des dépenses de fonctionnement de l'Etat. L'Hôpital cantonal ne joue alors qu'un rôle minime dans cette hausse, essentiellement due à l'ouverture de l'asile psychiatrique de Cery en 1873.

Devenue une véritable maison de santé à destination des couches populaires, l'Hôpital cantonal vaudois s'avère bientôt trop petit et obsolète. Une commission nommée en 1866 est chargée de réfléchir au développement de l'institution, mais privilégie la transformation des bâtiments à un nouvel établissement. Cette politique ne permet pas de faire face aux demandes croissantes d'hospitalisations et le Conseil d'Etat décide en 1874 la construction d'un nouvel hôpital. En attendant sa réali-

<sup>90</sup> Charles Monnard (1790-1865); professeur de littérature à l'Académie de Lausanne, chef du parti libéral et député. Il est destitué de l'Académie en 1845 et termine sa carrière à Bonn où il meurt.

<sup>91</sup> ACV, Bulletin des séances du Grand Conseil, 26 mai 1829.

<sup>92</sup> Voir OLIVIER 1939-1962, vol. 2, p. 793.

sation, on décide de soutenir financièrement les malades admis dans les infirmeries locales dès 1875 (cette année-là, on a un total de 18 personnes pour une somme de 628 francs). On met aussi en place des aménagements annexes, tels que des pavillons d'isolement (1875), le lazaret de Montmeillan pour enfants teigneux et femmes en couches (1872-1884) et l'installation d'une petite infirmerie dans l'asile Boissonet pour convalescents (1876-1881)<sup>93</sup>. Il faut attendre l'année 1883 pour voir s'ouvrir le nouvel hôpital du Calvaire et l'institution s'engager sur la voie de la médecine triomphante.

### *L'Hôpital Pourtalès de 1811 à 1892*

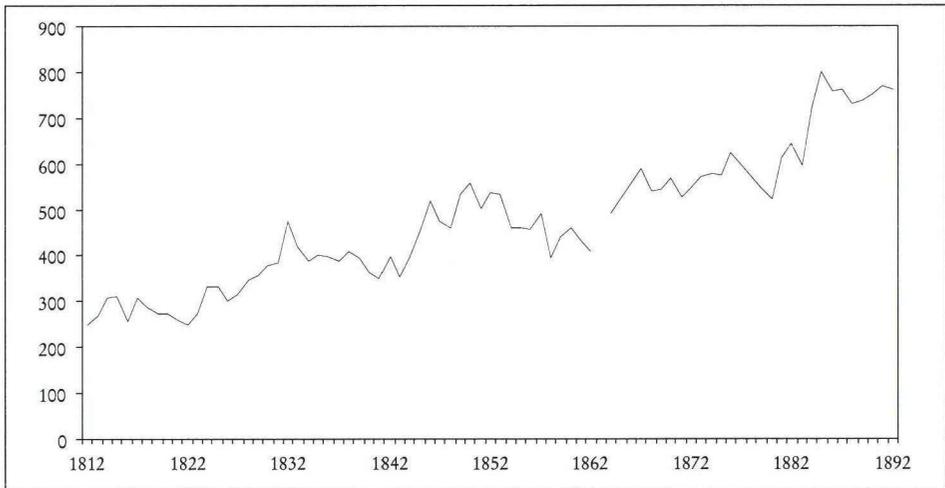
Cet établissement est fondé en 1808 dans le but déclaré de recevoir « les indigents affectés de maladies susceptibles de traitement et de guérison »<sup>94</sup>. Il vient donc combler un vide car l'Hôpital de la Ville de Neuchâtel reste une institution multiforme d'aide sociale. Il ouvre ses portes en 1811 avec une capacité d'accueil de 20 lits. Comme il n'existe pas encore de congrégations protestantes soignantes, le fondateur de Pourtalès fait appel aux sœurs de la Charité de Besançon qu'il a vues à l'œuvre lors de ses nombreux séjours en France. La présence de religieuses catholiques ne posera pas de problèmes particuliers jusque dans les années 1850.

Jusqu'au début des années 1890, Pourtalès connaît une croissance régulière et parfaitement maîtrisée. La capacité d'accueil s'accroît peu à peu, atteignant 49 lits en 1855, 71 en 1871 et 78 en 1892. Une division de bains est ouverte au bord du lac en 1864. L'hôpital est agrandi en 1875 et un service d'enfants y est inauguré en 1876. Comprenant 13 lits, il permet l'hospitalisation moyenne de 118 enfants par an pour la période 1876-1892.

D'une manière générale, on observe une tendance régulière à la hausse, le nombre de malades hospitalisés passant de 249 en 1812 à 761 en 1892, soit une croissance annuelle moyenne de 2.5%. La durée de séjour moyen n'est pas en baisse et oscille fortement entre 25.0 et 45.0 jours (pour une moyenne à 33.4 jours). L'Hôpital Pourtalès présente donc de longues durées de séjour (environ une dizaine de jours de plus qu'à Lausanne pour les années 1850-1880) qui trahissent la présence d'incurables et de convalescents, malgré leur interdiction par l'acte de fondation et les divers règlements, et bien que l'économe prenne la peine de rappeler

<sup>93</sup> Cet asile accueille sporadiquement des convalescents de l'Hôpital cantonal, lorsque ce dernier est plein.

<sup>94</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Acte de fondation, 14 janvier 1808.

*Malades hospitalisés à l'Hôpital Pourtalès (1812-1892)<sup>95</sup>.*

en 1829 que « l'hôpital n'est point un asile ouvert au simple indigent, mais seulement au pauvre lorsqu'il est atteint d'une maladie susceptible de guérison »<sup>96</sup>.

Au niveau médical, Pourtalès connaît deux régimes très différents, qui doivent leur distinction à leur médecin-chef respectif. La première phase est celle du Dr François de Castella<sup>97</sup>, médecin-chef de l'ouverture de l'établissement (1811) à l'année 1855. Fribourgeois d'origine bien introduit dans les milieux aristocrates suisses et français, il est nommé pour ces raisons premier médecin-chef par la direction. Il ne brille ni par un sens quelconque de l'innovation, ni par un engagement hors du commun. C'est un médecin qui perpétue les traditions du XVIII<sup>e</sup> siècle et privilégie sa clientèle privée. Son poste de médecin hospitalier participe à l'ancienne stratégie bourgeoise de prestige social et de clientélisme. Cette attitude est défavorable au bon fonctionnement d'un hôpital qu'on voudrait médicalisé dès son origine et la direction doit remettre à l'ordre le médecin à plusieurs reprises. On lui demande ainsi en 1816 d'être plus précis dans ses horaires et on lui fait part du « désir de la Direction que ses visites précèdent celles qu'il est appelé à faire en Ville ou au dehors et se fassent à des heures fixes et réglées »<sup>98</sup>. Des frictions avec les religieuses hospitalières

<sup>95</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Rapports de l'intendant, diverses années.

<sup>96</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Mouvement de l'Hôpital de Pourtalès, 26 février 1829.

<sup>97</sup> François de Castella (1788-1860) : Fribourgeois descendant d'une famille patricienne, il est membre de plusieurs sociétés savantes et fréquente les milieux catholiques et aristocratiques suisses et français.

<sup>98</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 10 février 1816.

nécessitent en 1833 la rédaction d'un nouveau règlement, afin de « déterminer d'une manière plus correcte les devoirs à remplir par le Médecin Chirurgien de la maison et ceux dont les Dames hospitalières veulent bien se charger »<sup>99</sup>.

Les choses changent du tout au tout avec le départ du Dr Castilla et la nomination du Dr Edouard Cornaz<sup>100</sup> à la tête de l'hôpital (1855-1892). La présence de cette grande personnalité du corps médical neuchâtelois favorise la médicalisation de Pourtalès. Il y introduit de nombreuses innovations, parmi lesquelles la vaccination (1855-1860), qu'il pratique d'abord sur lui-même, puis sur l'interne, le personnel et les patients<sup>101</sup>, ainsi que l'usage du thermomètre médical (1864). Mais c'est surtout au niveau organisationnel que le Dr Cornaz impose la modernité médicale. Sous sa direction, Pourtalès devient la référence cantonale en matière de médecine hospitalière, au point de se considérer comme hôpital cantonal en 1881<sup>102</sup>.

Le point le plus visible de cette réorganisation est le départ des sœurs catholiques et l'arrivée de diaconesses protestantes, en 1859, après un conflit de plusieurs années. Au printemps 1854, un premier mémoire, rédigé par James-Alexandre de Pourtalès<sup>103</sup>, frère du président, relève les inconvénients du service par des sœurs et met le feu aux poudres. Ne sachant que faire, la direction décide le statu quo et deux membres démissionnent<sup>104</sup>. Dans un rapport<sup>105</sup> à la direction écrit l'année même de son entrée en fonction (1855), le Dr Cornaz présente ses diverses requêtes. Outre la construction d'une nouvelle salle de chirurgie (réalisée en 1856) et des critiques hygiénistes classiques (mauvaise ventilation des chambres, latrines pas propres, etc.), il demande notamment l'ouverture d'un logement pour le médecin interne dans l'hôpital et adresse de sérieuses critiques aux sœurs hospitalières au niveau du régime alimentaire des malades jugé inadapté (trop lourd) et des préparations pharmaceutiques (qui devraient être achetées chez des pharmaciens professionnels). Âgée de 61 ans et à la tête de Pourtalès depuis près de 30 ans, la mère supérieure Godin<sup>106</sup> accepte mal cette remise en question de la part d'un jeune

<sup>99</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 22 mars 1833.

<sup>100</sup> Edouard Cornaz (1825-?): fondateur de la Société médicale neuchâteloise, rédacteur de l'*Echo médical* et membre de plusieurs sociétés savantes.

<sup>101</sup> Il deviendra vaccinateur officiel de la ville en 1856 et conservateur du vaccin pour le canton en 1878.

<sup>102</sup> Dans une enquête menée par le canton en 1881, on se déclare « hôpital cantonal ». AEN, DI, 169.

<sup>103</sup> James-Alexandre de Pourtalès (1776-1855): propriétaire de la terre seigneuriale de Gorgier.

<sup>104</sup> Charles-François de Marval (1802-1880), châtelain de Thielle et juge, ainsi que François de Montmollin (1802-1870), maître-bourgeois, maire de Valangin et juge.

<sup>105</sup> Je n'ai pas retrouvé ce rapport aux AVN. Pour son contenu, voir BERTHOUD 1961, pp. 31-33.

<sup>106</sup> Catherine Godin (1794-1866): d'origine française, elle devient sœur de la Charité à Besançon en 1819, puis devient supérieure de l'Hôpital Pourtalès en 1836 et de l'Hôpital de la Providence de Neuchâtel en 1859.

médecin de trente ans féru d'hygiénisme et de médecine scientifique. Face à l'impossibilité de régler les choses à l'amiable, les religieuses hospitalières quittent Pourtalès en 1859 et fondent cette même année un établissement catholique concurrent, l'Hôpital de la Providence<sup>107</sup>. Elles sont remplacées la même année par des diaconesses de Strasbourg.

En 1864, Cornaz envoie un second rapport à la direction demandant une restructuration profonde de l'organisation médicale de l'établissement. Il désire notamment faciliter l'admission plus rapide des malades par la suppression du comité hebdomadaire d'admission des malades et milite en faveur d'une ouverture de l'établissement élargie aux catégories de malades refusées jusque-là (enfants, malades nerveux, syphilitiques, malades chroniques, malades atteints de la petite vérole). Cette fois-ci, le direction ne suit pas le médecin et refuse d'adopter ces innovations qui remettraient complètement en question le fonctionnement de l'institution.

Le développement médical de Pourtalès tel qu'il se fait sous Cornaz nécessite une présence renforcée du corps médical. L'interne prend une certaine importance dès 1859 et l'on note la présence ponctuelle de l'ophtalmologue Louis Verrey<sup>108</sup> entre 1888 et 1891. A la démission de Cornaz se pose la question d'un dédoublement du poste de médecin-chef (1892).

Cette modernisation coûte extrêmement cher à l'institution. Richissime au début du siècle, elle possède toujours une fortune totale<sup>109</sup> de 8.1 millions de francs en 1850 et de 8.6 millions en 1860. Les divers aménagements des années 1860 font chuter cette somme à 3.2 millions en 1870 et 4.4 millions en 1880. Jusque-là, ce sont alors essentiellement les investissements qui coûtent mais les comptes d'exploitation restent normalement bénéficiaires. Les revenus du portefeuille de titres, évalués à 45'000 francs par an, suffisent alors à couvrir les dépenses d'exploitation. Mais la baisse des taux d'intérêts et l'agrandissement de l'hôpital en 1875 ont pour effet de réduire les recettes et d'augmenter les dépenses fixes. La période 1883-1892 se solde par un déficit cumulé de plus de 84'000 francs<sup>110</sup>. La fortune est tombée à 2.3 millions en 1890. Hôpital philanthropique autofinancé destiné à l'hospitalisation gratuite des indigents, Pourtalès est confronté à ses propres limites avec l'émergence d'une médecine hospitalière moderne.

<sup>107</sup> Voir pp. 000-000.

<sup>108</sup> Louis Verrey (?-?): privat-docent à la Faculté de médecine de Lausanne et initiateur de la Clinique Bois-Cerf dans cette même ville (1892).

<sup>109</sup> C'est-à-dire le total des actifs. Fondation Pourtalès, Livre de comptes (1851-1911).

<sup>110</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Rapport de l'intendant, 1892.



Figure 13: *Musée d'Art et d'Histoire, Neuchâtel.*

L'Hôpital Pourtalès, aquarelle de Zollinger, vers 1850. Depuis 1815, Pourtalès est placé sous la direction d'un notaire-régisseur qui assume les tâches de secrétaire, de comptable, d'économe et de notaire. Isaac-Henri Clerc exerce cette fonction de 1815 à 1863. L'office d'intendant est alors repris par ses fils puis par la famille Wavre au début des années 1870.

Portalès reste tout de même un établissement classique dans le sens qu'il s'adresse d'abord aux malades indigents, accueillis gratuitement, ainsi que l'a voulu le fondateur. Ensuite, « lorsqu'il y aura des places vacantes, le particulier aisé et le maître artisan seront admis à faire soigner dans l'hôpital leurs domestiques ou leurs ouvriers malades, en remboursant à un taux modéré les frais de traitement et de l'entretien »<sup>111</sup>. Les indigents accueillis gratuitement forment néanmoins l'essentiel des hospitalisés. Entre 1815 et 1833, seul 5.5% des journées proviennent de malades payant une pension<sup>112</sup>. Pour la période 1889-1892, la proportion de malades payants ne s'élève qu'à 2.2%.

Même si l'on soigne des pauvres dans un environnement qui se médicalise de plus en plus dès la fin des années 1850, Portalès garde une fonc-

<sup>111</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Acte de fondation, 14 janvier 1808.

<sup>112</sup> Pour la période 1834-1888, l'économe ne note plus le nombre de malades payants mais seulement la valeur totale des pensions versées, qui peut varier d'un individu à l'autre.

tion importante de contrôle social. Comme à l'Hôpital général de Genève sous l'Ancien Régime, il est même l'un des lieux où se confrontent directement les élites aristocratiques et les classes populaires. En effet, les modalités d'admission à l'Hôpital Pourtalès donnent à la direction (puis à un comité restreint dès 1833) le pouvoir d'accepter ou non l'hospitalisation des requérants, lors de séances hebdomadaires. Et lorsque le Dr Cornaz demande en 1864 la possibilité d'admettre lui-même les malades, la direction refuse cette innovation qui limiterait son pouvoir sur la maison (et l'ensemble de la société). Le médecin joue d'ailleurs lui-même un rôle non négligeable dans cette « disciplinarisation » sociale et entretient dans les années 1860 un ordre quasi militaire dans l'établissement : avant de quitter l'hôpital, les malades attendent une dernière visite du médecin au pied de leur lit où ils reçoivent la permission de sortir<sup>113</sup>.

## Conclusion

Le développement des hôpitaux urbains d'Ancien Régime au cours du XIX<sup>e</sup> siècle présente une large diversité. Alors que toutes ces institutions sont très similaires au XVIII<sup>e</sup> siècle, elles s'engagent sur les voies de la médicalisation selon des modalités bien particulières. Ce qu'il faut relever, c'est le rôle essentiel des oligarchies qui détiennent la propriété des hôpitaux au début du XIX<sup>e</sup> siècle et qui perpétuent le modèle caritatif d'Ancien Régime. L'ouverture plus grande aux malades et à la médecine n'est possible que par une profonde restructuration de l'institution que rejettent généralement les bourgeoisies soucieuses de la permanence de leur pouvoir. Ainsi, il faut souvent une révolution politique pour voir apparaître une véritable réforme hospitalière.

Malgré cela, le modèle ancien tend à se perpétuer et les divers pouvoirs politiques issus des bouleversements politiques du second XIX<sup>e</sup> siècle ont tendance à créer de toutes pièces les institutions qui seront porteuses de modernité médicale, suivant en cela l'exemple précurseur de l'Hôpital cantonal vaudois. En fin de compte, les hôpitaux urbains d'Ancien Régime ne parviennent pas à se reconvertir à la médecine hospitalière au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. Leur histoire, comme celle de leurs propriétaires patriciens, est celle d'un déclin et d'un échec, à l'aube du XX<sup>e</sup> siècle.

---

<sup>113</sup> Selon BERTHOUD 1961, p. 36.

## NAISSANCE ET PREMIERS DÉVELOPPEMENTS DES HÔPITAUX ROMANDS (1850-1914)

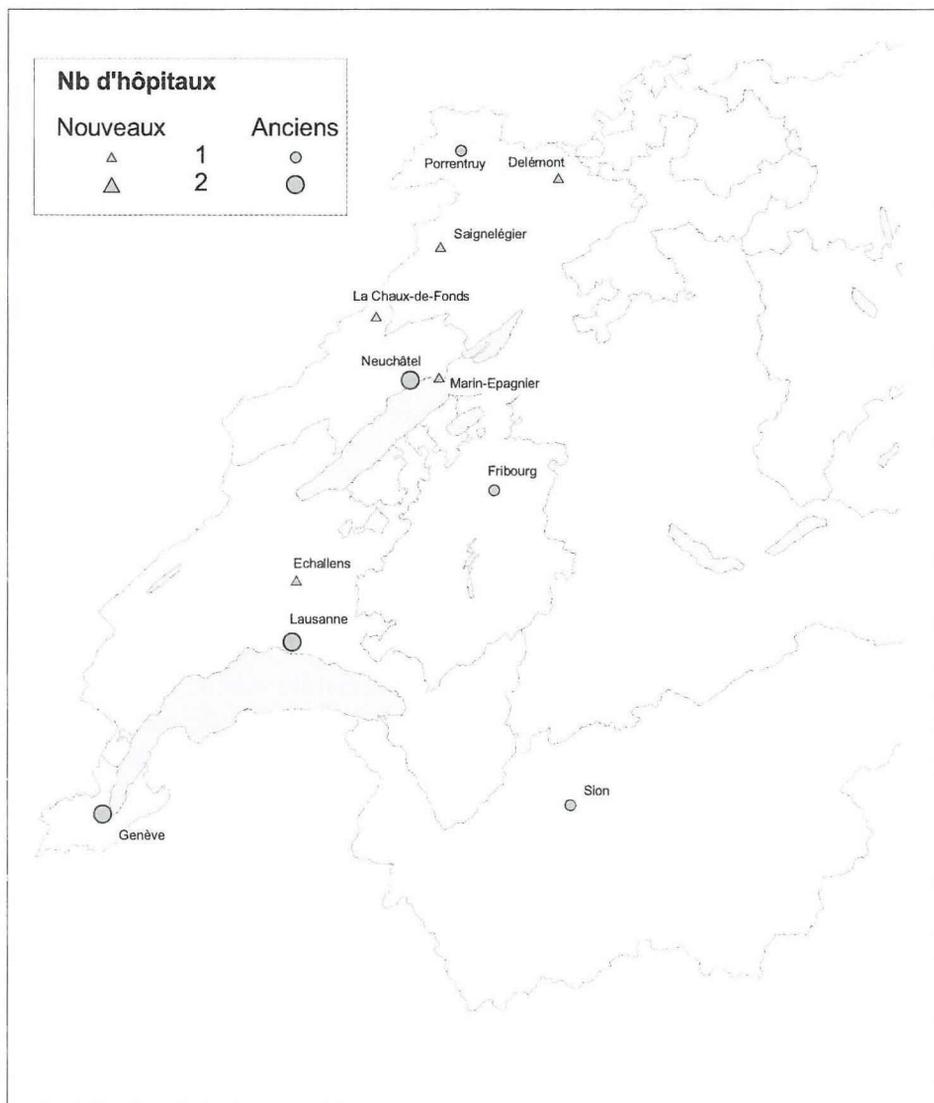
En l'espace de quelques décennies, la Suisse romande se couvre d'une centaine d'établissements de soins, alors même que ceux-ci étaient presque inexistants dans la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle. Or, contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, ce ne sont pas en premier lieu les découvertes médicales et la volonté de les diffuser qui sont à l'origine de ces nombreuses fondations. Les grands progrès de la science médicale, tels que l'adoption de la méthode listérienne dans les années 1870<sup>1</sup> et la diffusion des rayons X dans les années 1890<sup>2</sup>, apparaissent en effet plus tard dans le siècle, lorsque de nombreux établissements hospitaliers sont déjà en place.

Ces institutions voient donc le jour dans un contexte qui n'est pas celui d'une révolution de la médecine. En fait, ce sont d'abord l'industrialisation, l'urbanisation, la croissance démographique, ou pour faire bref l'émergence du monde moderne, qui poussent à ces réalisations. A une époque où ceux qui en ont les moyens se font encore soigner à domicile, il devient nécessaire d'offrir aux indigents malades, blessés ou incurables, des lieux d'accueil et d'encadrement. Comme sous l'Ancien Régime, l'hospitalisation des couches pauvres est une réponse à la question sociale. Les hôpitaux fondés vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle dépendent de cette problématique. Ce n'est que par la suite que la médecine – et les médecins – y deviennent peu à peu omniprésents et en font de véritables « machines à guérir ».

---

<sup>1</sup> Voir note 82, p. 55.

<sup>2</sup> Les rayons X sont découverts en 1895 par l'allemand Wilhelm Röntgen (1845-1923). Cette innovation est très rapidement adoptée dans les divers pays occidentaux.



Carte 1: *Les hôpitaux romands en 1850.*

Les hôpitaux de Suisse romande en 1850<sup>3</sup>. Au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux romands sont pour l'essentiel des institutions nées à la fin du Moyen Âge et sous l'Ancien Régime. Les premiers établissements régionaux font leur apparition dans le canton de Vaud et le Jura bernois.

<sup>3</sup> Sont recensés ici les principaux établissements de soins philanthropiques et/ou reconnus d'utilité publique par l'Etat ou les communes, c'est-à-dire les institutions ouvertes à tous. Les cliniques privées ne sont pas comprises dans cette liste, en raison des difficultés rencontrées pour les inventorier.

## Les hôpitaux cantonaux, instruments du pouvoir politique

Avec les révolutions radicales des années 1840, on assiste à l'apparition de projets ambitieux de fondations d'hôpitaux largement médicalisés et destinés à l'ensemble de la population. Mais, au-delà du positivisme radical, l'hôpital devient l'instrument privilégié de la politique de santé publique des autorités. Aussi, la question des hôpitaux cantonaux est-elle fortement révélatrice du rôle et du pouvoir de l'Etat dans les divers cantons romands.

### *L'Hôpital cantonal de Genève de 1849 à 1919*

L'Hôpital cantonal genevois est un fruit du radicalisme triomphant. Après la révolution faziste, les autorités cantonales désirent rompre complètement avec l'Ancien Régime et mettre sur pied un nouvel hôpital qui reflète les ambitions modernistes et scientistes de l'Etat.

### *Les projets des années 1840, de la Constitution de 1842 à la loi sur l'Hôpital cantonal de 1849*

La Constitution de 1842 prévoit la possibilité de fonder un Hôpital cantonal (art. 10), mais la majorité conservatrice continue de soutenir le statu quo, c'est-à-dire l'assistance par l'Hôpital général pour les Genevois de souche et par le Bureau de bienfaisance pour les autres. Le Conseil d'Etat, soumis à l'obligation légale d'étudier la question hospitalière<sup>4</sup>, envisage une solution de secours. Après avoir rejeté une offre du curé-doyen de Genève<sup>5</sup> et essuyé le refus d'une collaboration accrue de l'Hôpital général, le gouvernement se range aux côtés de la majorité conservatrice et signe en 1844 une convention sur l'hospitalisation des non Genevois à l'Hôpital général de la ville.

Cette position attire les foudres de la minorité radicale, emmenée par James Fazy<sup>6</sup>, qui propose en 1845 un projet de nouvelle loi instituant un hôpital cantonal et la fusion de tous les organismes d'assistance. Il affirme notamment que « dans tout Etat bien organisé, la société doit des secours aux malades et blessés »<sup>7</sup>. Il est soutenu par Louis

<sup>4</sup> Art. 120 de la Constitution demandant une étude dans les deux ans sur l'Hôpital cantonal.

<sup>5</sup> Voir p. 141.

<sup>6</sup> James Fazy (1794-1878): publiciste, homme politique, meneur de la révolution radicale de 1846 et conseiller d'Etat (1846-1853 et 1855-1864).

<sup>7</sup> AEG, Mémorial des séances du Grand Conseil, 10 janvier 1845.

Guillermet<sup>8</sup>, qui «déploie que dans un Etat aussi civilisé que Genève il n'existe point d'hôpital public»<sup>9</sup>. Le Conseil d'Etat expose alors son point de vue:

«En prenant pour base un Hôpital pouvant contenir 300 lits, on arrivait à une dépense totale de 500'000 francs. Et je vous le demande, Messieurs, comment iriez-vous contraindre les anciens Genevois à une semblable dépense? Comment leur imposeriez-vous la construction d'un Hôpital dont ils n'ont que faire [...].»<sup>10</sup>

Le gouvernement a vu juste: l'amendement est refusé pour des craintes de coût et une préférence en faveur d'une assistance décentralisée (bourses locales, hospices locaux, etc.).

Il faut alors attendre la révolution radicale et l'arrivée de Fazy au pouvoir pour que le projet prenne forme (1846). L'hôpital pour tous, le droit à un accès généralisé aux soins et le devoir de guérir de l'Etat sont au centre de la politique de santé publique radicale. Fazy déclare au Grand Conseil le 21 mai 1849:

«Des maladies et des blessures réclament des soins immédiats, ce sont des faits auxquels avant tout on doit le soulagement. Une société bien organisée ne peut pas souffrir que dans son sein de pareils accidents restent sans assistance; elle doit s'arranger pour accueillir tous ceux qui ne peuvent pas se faire soigner à leurs frais; elle le doit aux malheureux qui souffrent comme elle le doit à elle-même.»<sup>11</sup>

Malgré l'expertise défavorable du Conseil de Santé, préférant une transformation de l'Hôpital général, le Grand Conseil accepte en 1849 la loi sur la construction d'un Hôpital cantonal, prévoyant notamment l'hospitalisation gratuite des indigents, la construction d'un bâtiment neuf, la remise de l'administration à un conseil de neuf membres nommés par l'Etat et les communes, ainsi qu'une garantie de financement de l'Etat.

### *Les premières années (1849-1876)*

Dès l'origine, les difficultés financières sont importantes. Dans les années 1850, les banquiers genevois restent attachés à l'aristocratie locale

<sup>8</sup> Louis Guillermet (1806-1869): conseiller d'Etat (1848-1853 et 1857-1861), membre de la commission administrative (1849-1860) puis directeur (1860-1869) de l'Hôpital cantonal.

<sup>9</sup> Cité dans le journal *Le Fédéral*, 14 janvier 1845. Musée d'histoire des Sciences, FSM, 14.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> Cité dans CENTIÈME 1956, pp. 43-44.

Figure 14: *Bibliothèque publique et universitaire, Genève.*

Le conseiller d'Etat radical James Fazy adopte une politique résolument républicaine et égalitaire dans le domaine de l'assistance. Il déclare en 1849 que «tous les droits divins sont des usurpations contre le peuple, et puisqu'il faut le dire, il y a eu à Genève une usurpation pendant les trois derniers siècles. Une fraction de Genevois se sont établis dans des positions par le moyen desquelles ils ont constitué une aristocratie. Ils se sont emparés d'une vingtaine de millions qu'ils ont jeté dans la charité publique, de façon à diriger un système politique tendant à faire de notre ville une ville de maîtres et de valets.»<sup>12</sup>



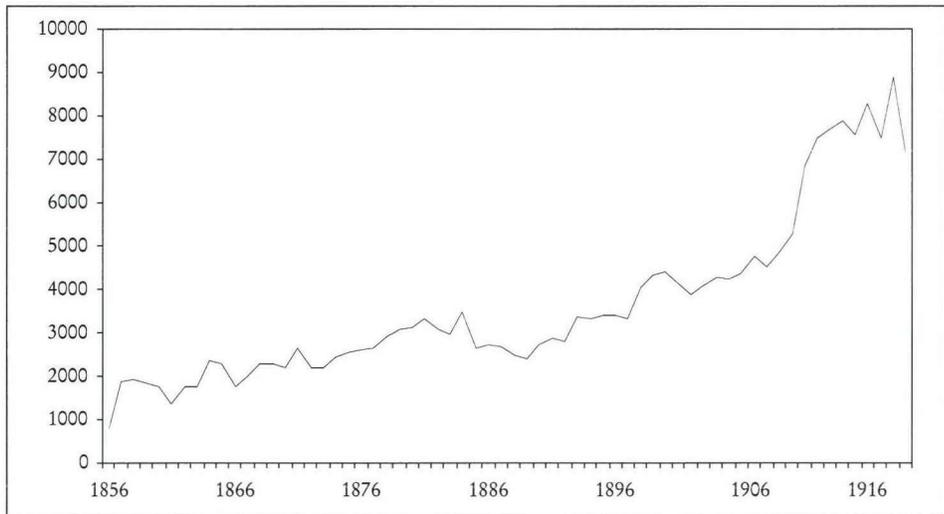
et à l'Hôpital général: un emprunt obligataire en faveur de la construction de l'hôpital est lancé par l'Etat en 1853, mais seules 463 actions sont souscrites sur un total de 860<sup>13</sup>. On se plaint de l'attitude des financiers locaux au Grand Conseil<sup>14</sup>. En 1856, il faut finalement négocier un emprunt de 540'000 francs auprès des banques bâloises. Les rapports avec l'Hôpital général sont difficiles. Malgré l'existence d'une convention d'hospitalisation, on tente dans les années 1860 d'assister au maximum les malades à domicile et de ne les envoyer à l'Hôpital cantonal que peu avant leur mort. Parfois, le retrait d'hospitalisés est exigé.

Ces difficultés n'empêchent pourtant pas l'Etat de commencer les travaux de construction (1853) et d'ouvrir le nouvel établissement en 1856, avec 227 lits. Dans le contexte politique d'alors, il est nécessaire que l'hôpital se porte bien et se développe. L'Etat de Genève lui en donne les moyens financiers: il lui alloue les fruits de l'impôt sur les chiens, des naturalisations, des successions et déshérences, ainsi qu'une contribution publique prévue par la loi (centimes additionnels). En 1876, le Grand Conseil alloue 227'000 francs de la succession du duc de Brunswick à cette institution.

<sup>12</sup> Discours cité dans BONARD 1984, p. 65.

<sup>13</sup> CENTIÈME 1956, p. 46.

<sup>14</sup> AEG, Archives de l'Hôpital cantonal, T1 34/6, Rapport de la Commission administrative au Grand Conseil, 1853.

*Malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal de Genève (1856-1919)<sup>15</sup>.*

Durant ses vingt premières années d'existence, l'hôpital connaît une croissance régulière. Le nombre d'hospitalisations passe de 1'862 en 1857 à 2'592 en 1876 (soit une hausse de 39.2%). La durée de séjour moyen se situe aux alentours de 31.4 jours pour la période 1857-1876.

*L'hôpital universitaire de 1876 à 1890<sup>16</sup>*

L'adoption de la loi sur la Faculté de médecine (1873) et l'ouverture de l'Ecole de médecine (1876) introduisent quelques bouleversements dans le fonctionnement de l'Hôpital, qui doit accueillir dans ses bâtiments les cliniques universitaires de médecine et de chirurgie. En 1882, ces cliniques sont intégrées dans les services de médecine et de chirurgie, dont les médecins-chefs assurent aussi la charge professorale.

Mais, d'une manière générale, l'arrivée de la Faculté permet un développement de l'Hôpital cantonal. Il faut tout d'abord signaler la création d'une maternité, inaugurée en 1877 dans l'ancien Hôpital catholique de Plainpalais nationalisé<sup>17</sup>. On ouvre aussi, dans un bâtiment provenant du clergé catholique, une policlinique universitaire (1876), rattachée administrativement à l'Hôpital cantonal en 1888<sup>18</sup>. S'occupant de soins ambula-

<sup>15</sup> Hôpital cantonal de Genève, Rapport annuel, diverses années.

<sup>16</sup> Voir RIEDER à paraître et BLONAY 1977.

<sup>17</sup> Voir RIEDER 2000.

<sup>18</sup> Voir MAYER 1985.

toires et de visites à domicile, la policlinique devient un lieu important de la médecine sociale et préventive.

Le Dr Louis Odier<sup>19</sup> adopte la méthode antiseptique de Lister dans le service de chirurgie en 1876. Le nombre d'interventions chirurgicales connaît alors une nette augmentation. Le nombre d'opérations passe de près de 200 en 1879 à 304 en 1889. Dans le bâtiment de la Cluse, l'eau courante est aménagée. Enfin, une rationalisation de l'administration est adoptée. Un économiste est nommé et une pharmacie créée afin de se rendre indépendant des officines de la ville trop coûteuses (1878). Pourtant, l'Hôpital cantonal reste jusqu'en 1890 un établissement qui accueille bon nombre d'incurables et de convalescents. On remarque à plusieurs reprises la présence de cas de tuberculose, de variole, de fièvre typhoïde, d'alcoolisme chronique, etc. Des pavillons pour varioleux sont installés dans les jardins de l'établissement (1886). La durée de séjour moyen est même en augmentation durant cette période, où elle atteint en 1889 un maximum de 39.8 jours.

*Développements et forte croissance (1890-1919)*

Avec l'agrandissement de 1890, on entre dans un quart de siècle marqué par une très forte croissance. Ces premiers travaux permettent de recevoir les policliniques de médecine et de chirurgie et d'agrandir les salles d'enseignement (1891). Une installation de rayons X et une bibliothèque scientifique sont aménagées en 1896. Deux ans après, un second agrandissement rend notamment possible la création d'un service de dermatologie. Cette même année, les policliniques quittent l'Hôpital cantonal pour la place du Cirque, où elles deviennent indépendantes des cliniques. Le nouvel asile psychiatrique de Bel-Air est ouvert en 1900 dans des bâtiments qui ont coûté la bagatelle de quatre millions de francs. Une nouvelle maternité est inaugurée en 1906, suivie des cliniques infantile et ophthalmique (1910). On a un total de 600 lits en 1911, et la croissance n'est pas terminée: un nouveau bâtiment de chirurgie est ouvert en 1913, ainsi qu'un second service de médecine en 1916<sup>20</sup>.

Ces développements mènent à une capacité d'accueil totale de 810 lits en 1919. Les hospitalisations passent de 2'733 en 1890 à 7'869 en 1914 (soit une hausse de 187.9%) et la durée de séjour moyen amorçe en 1890 un

<sup>19</sup> Louis Odier (1836-1879): médecin-chef de l'Infirmerie du Prieuré (1872-1873) et du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal.

<sup>20</sup> Voir MAYER 1991.

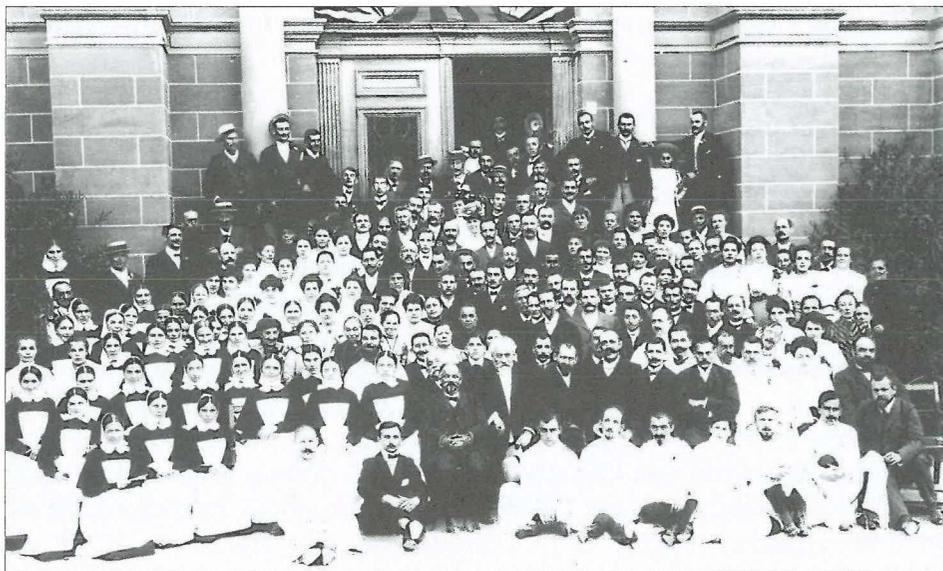


Figure 15: *Archives de l'Hôpital cantonal de Genève.*

Le personnel de l'Hôpital cantonal de Genève lors du cinquantenaire de l'institution (1906). L'établissement emploie alors plus de 150 personnes dont la position est bien mise en évidence sur cette photo. La direction (au centre) s'appuie sur les diaconesses (à gauche), comme les patrons de l'industrie sur les contremaîtres à pareille époque, et tente de contenir les revendications du corps médical en pleine expansion (à droite). Les employés subalternes sont relégués au second plan.

mouvement constant de baisse (25.7 jours en 1914). La chirurgie occupe une place de choix. Avec l'adoption de l'asepsie (1891), on observe une augmentation des opérations: 452 en 1895 et 1'350 en 1913. Au sortir de la première guerre mondiale, l'Hôpital cantonal est devenu le principal établissement hospitalier du canton.

Cette très forte croissance et la modernisation des services médicaux nécessitent une sérieuse professionnalisation du personnel soignant. Les administrateurs de l'hôpital font recours aux diaconesses de Berne, qui prennent en main le service de chirurgie en 1891, puis d'autres peu après (second service de médecine, cuisine, buanderie, etc.). Leur obéissance aux ordres des médecins et leur application au travail jouent un rôle particulièrement important dans la diffusion de l'asepsie et la purification de l'établissement<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Voir DROUX 2000, pp. 134-143.

### Le second service de médecine avant l'arrivée des diaconesses (1892)

«La saleté et le désordre régnaient partout en maîtres; les punaises pullulaient dans les lits; l'intérieur des sommiers servait d'armoire pour les vêtements et les chaussures; les services de table, déposés sur les tables de nuit ou dans les tiroirs, n'étaient pour ainsi dire jamais lavés; certains malades possédaient des réchauds à alcool dont ils se servaient pour faire leur cuisine; la toilette des cheveux n'était faite qu'occasionnellement et il fallait le plus souvent la payer à l'infirmière; il en était du reste ainsi pour la plupart des menus soins dont les malades avaient besoin.»

*Alfred Süss, Aux diaconesses de la Maison de Berne. Notice et souvenirs à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de leur entrée à l'Hôpital cantonal de Genève, Genève, Sadag, s.d. [1917], p. 7.*

En réaction à leur arrivée, le conseiller d'Etat Georges Favon<sup>22</sup> tente de mettre sur pied une école laïque d'infirmiers<sup>23</sup> (1896-1901) qui se révèle un échec cuisant. Les diaconesses deviennent la principale source de recrutement de personnel soignant. Entre 1891 et 1916, on en dénombre un total de 344<sup>24</sup>.

### *L'Hôpital cantonal vaudois de 1883 à 1916*

L'ouverture du nouvel Hôpital cantonal en 1883, ainsi que son intégration à la Faculté de médecine en 1890, font de Lausanne un centre médical de renommée internationale. Les nouveaux bâtiments comptent 470 lits et le corps médical est porté à quatre médecins et quatre assistants, répartis dans deux services distincts de médecine et de chirurgie. D'autres spécialités apparaissent rapidement et s'autonomisent en nouveaux services (dermatologie 1897, pédiatrie 1898, etc.). Une maternité est ouverte en 1883 dans le nouvel hôpital, avec une école de sages-femmes intégrée. L'accueil de femmes en couches à Montmeillan se termine à ce moment. En 1890, on y dénombre 136 femmes et 101 enfants, puis 290 et 212 en 1900 et 581 et 369 en 1910. Dès 1898, une installation de rayons X est aménagée et devient Laboratoire central de radiologie en 1916<sup>25</sup>. Mais c'est

<sup>22</sup> Georges Favon (1843-1901): conseiller d'Etat radical proche des milieux francs-maçons et scientifiques.

<sup>23</sup> Voir DROUX 2000, pp. 185-232.

<sup>24</sup> SUESS 1917.

<sup>25</sup> Voir TERRIER 1996.

surtout la chirurgie qui fait les heures de gloire du nouvel Hôpital cantonal, avec notamment le Dr César Roux<sup>26</sup> à sa tête (1887-1926).

Le service infirmier est confié en 1883 à douze diaconesses de Saint-Loup et à une trentaine d'employés sous leurs ordres. En 1901, on compte un personnel médical total de 80 personnes, dont 25 médecins et 35 diaconesses, et un personnel administratif de 53 personnes. Entre 1891 et 1916, il y a au total 115 entrées de diaconesses, qui restent en moyenne 8.2 ans au service de l'Hôpital cantonal. Cet établissement fonctionne comme un centre de formation pour les diaconesses, car l'infirmerie attachée à la maison de Saint-Loup est trop petite pour cette fonction. La durée de service est connue pour 94 des diaconesses ayant transité par l'Hôpital cantonal dans les années 1891-1914 : 55 d'entre elles (58.5%) restent moins de cinq ans dans cet établissement et font carrière dans une autre institution desservie par la communauté, à l'exception de quatre décès et d'un abandon.

À la même époque, on observe l'engagement d'une multitude d'employés laïcs (infirmiers et domestiques). Ils sont 556 à entrer au service de l'hôpital entre 1872 et 1922 (soit plus de 10 par an). Mais les conditions de travail en milieu hospitalier sont rudes et ces employés quittent rapidement leur service lorsqu'ils trouvent un emploi mieux rémunéré ailleurs : un tiers d'entre eux (33.6%) ne reste pas plus d'un an à son poste<sup>27</sup>.

On assiste aussi dans le nouvel Hôpital cantonal à une place plus grande accordée aux médecins internes. Avec la multiplication des services hospitaliers et l'intégration à la Faculté de médecine, ces jeunes diplômés en médecine forment un corps médical subalterne omniprésent. Ils logent en effet à l'hôpital et ont pour tâche principale d'assurer et de surveiller l'application des décisions des médecins chefs de service. Très rapidement, les internes deviennent revendicateurs face à la direction administrative dont ils dépendent. Leur émancipation devient l'enjeu de multiples conflits mineurs. Déjà présents dans les hôpitaux cantonaux de Lausanne et de Genève<sup>28</sup> à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ces rapports de force se retrouveront dans la majorité des hôpitaux locaux au cours de l'Entre-deux-guerres.

<sup>26</sup> César Roux (1857-1934) : disciple du Dr Kocher, professeur de clinique chirurgicale (1890-1926).

<sup>27</sup> Informations sur les diaconesses et les employés laïcs tirées de ACV, K VIII E, 91-92, Registres des employés (1872-1943).

<sup>28</sup> Voir DROUX 2000, pp. 440-453.

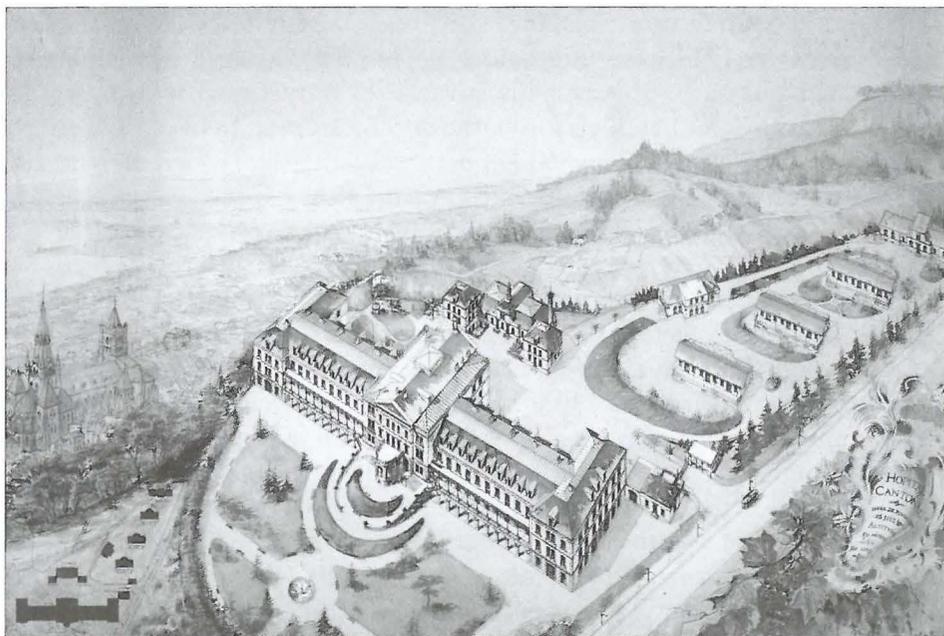


Figure 16: *Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, Lausanne.*  
 L'Hôpital cantonal du Calvaire, dessin de Jacques Regamey, 1896. Le corps central est occupé par les divers services hospitaliers. Face à son entrée se trouve un petit bâtiment de dépendances ouvert en 1878. A l'arrière, les trois premiers pavillons servent à l'isolement des malades contagieux (1875-1939) et le dernier abrite la maternité (1883-1916) puis le Centre anticancéreux romand (1924-1958). A leurs côtés, on distingue un petit bâtiment qui abrite la morgue et l'Institut d'anatomie pathologique.

### Les internes de l'Hôpital cantonal de Lausanne réclament du meilleur vin (1883)

« Mr le Directeur de l'Hôpital transmet à la Commission une réclamation de Mrs les Internes de l'Hôpital au sujet du vin qui leur est servi à table (moitié Villeneuve et moitié de La Côte), ces Messieurs trouvant le vin de La Côte réellement imbuvable, demandent du Villeneuve seulement. Le vin dont il s'agit, qui provient d'un bon cru de La Côte, dégusté par les membres de la Commission, est trouvé fort agréable. En conséquence, la Commission décide de refuser la demande de MM. les Internes et de donner pour direction à Mr le Directeur de l'Hôpital de ne fournir à ces Messieurs que du vin destiné au personnel de l'établissement, c'est-à-dire du vin de La Côte.»

*ACV, K VIIIb 61, Protocole de la Commission des Hospices, 30 juin 1883.*

L'hôpital connaît une croissance continue, passant de 2'723 malades en 1883 à 6'634 en 1914 (soit une hausse de 143.6%). Malgré son caractère caritatif, il s'ouvre de plus en plus aux classes moyennes; le nombre de journées gratuites, qui était en moyenne de 90.3% entre 1848 et 1892 chute à 62.7% en 1900 et 50.6% en 1914. Quant aux aliénés, ils bénéficient dès 1873 d'un nouvel asile de 500 lits ouvert par l'Etat à Cery<sup>29</sup>, en réponse à des besoins médicaux et à une volonté politique de prestige cantonal.

Enfin, il faut souligner le rôle de la Faculté de médecine qui, comme à Genève, devient un facteur décisif de la croissance de l'Hôpital cantonal. A Lausanne, sa fondation est liée à celle de l'Université (1890)<sup>30</sup>. Cette réalisation est un fruit direct de l'Etat radical mais, dans le canton de Vaud, les gouvernants doivent composer avec l'opposition latente des campagnes, du parti libéral et d'une partie du corps médical. Ainsi, Eugène Ruffy<sup>31</sup>, principal meneur du projet, affirme en 1890 que «l'Université ne devrait pas apparaître comme une coûteuse entreprise ni comme une opération de prestige, mais comme l'inévitable aboutissement d'une longue évolution»<sup>32</sup>. Cette retenue financière mène à l'adoption d'un système original de sous-traitance de certains services hors de la Faculté de médecine. Le Conseil d'Etat déclare vouloir «tirer profit des diverses institutions administratives, judiciaires ou techniques, concentrées à Lausanne»<sup>33</sup>. Dans un premier temps, on décentralise l'enseignement de l'ophtalmologie à l'Asile des aveugles (1890), chez le Dr Marc Dufour<sup>34</sup>, autre promoteur de l'Université, et celui de la policlinique au Dispensaire central de la place Pépinet (1892), ouvert cinq ans plus tôt par des médecins lausannois. On assiste donc à une première mise en réseau d'institutions médico-sociales lausannoises provenant de milieux forts divers (Etat et philanthropie privée) qui va s'intensifier au cours de l'Entre-deux-guerres.

### *L'Etat de Vaud et le financement des hôpitaux régionaux de 1870 à 1914*

Dans la première partie du siècle, l'Etat vaudois concentre ses efforts et ses deniers en matière de santé publique sur le seul Hôpital cantonal,

<sup>29</sup> Sur l'Hôpital de Cery, voir FUSSINGER & TEVAERAI 1998, pp. 59-67.

<sup>30</sup> Sur la création de l'Université et de la Faculté de médecine à Lausanne, voir les travaux de SAUDAN 1991 a, ainsi que TISSOT 1996.

<sup>31</sup> Eugène Ruffy (1854-1919): avocat et conseiller d'Etat radical.

<sup>32</sup> Cité chez TISSOT 1996, p. 90.

<sup>33</sup> Cité chez TISSOT 1996, p. 148.

<sup>34</sup> Marc Dufour (1843-1910): ophtalmologue de renommée internationale, médecin-chef à l'Asile des aveugles (1880), professeur d'ophtalmologie (1890) et premier doyen de la Faculté de médecine (1890).



Figure 17: *Musée historique de Lausanne (C. Bornand, Lausanne).*

Dispensaire central de la place Pépinet, vers 1890. Fondé à l'initiative des Drs Emile Dind<sup>35</sup>, chef du Service sanitaire cantonal, Jacques Larguier des Bancels<sup>36</sup>, membre du Conseil de santé, et Edouard de Cérenville<sup>37</sup>, médecin-chef à l'Hôpital cantonal, ce dispensaire peut compter sur l'aide de 25 médecins lausannois bénévoles pour donner des soins ambulatoires aux indigents de la ville. Situé au cœur des quartiers populaires, il est aussi le lieu d'une médecine prophylactique et préventive visant à améliorer l'état sanitaire de la population. A la consultation de médecine et de chirurgie viennent rapidement s'ajouter des consultations spéciales, telles que gynécologie et accouchements (1893), ophtalmologie (1904), tuberculose (1906), ORL (1912), maladies des nerfs (1913), maladies vénériennes (1919), nourrissons (1923). Le rattachement de cette institution à la Faculté de médecine et son succès populaire nécessitent la construction d'un nouveau bâtiment aux dimensions plus grandes, ouvert sur les contrebases de l'Hôpital cantonal en 1904<sup>38</sup>.

sans se soucier le moins du monde des infirmeries locales qui émergent dans les années 1850. Ce désintérêt de l'Etat ne dérange alors pas du tout les personnalités qui créent ces infirmeries, généralement conservatrices et opposées à l'intervention de l'Etat dans les affaires locales.

<sup>35</sup> Emile Dind (1855-1932): médecin lausannois, chef du Service sanitaire vaudois (1885-1892), professeur de dermatologie à la Faculté de Lausanne (1890-1925) et politicien radical.

<sup>36</sup> Jacques Larguier des Bancels (1844-1904): médecin, membre du Conseil de santé (1885-1904) et professeur de médecine légale à la Faculté de Lausanne (1890-1904).

<sup>37</sup> Edouard de Cérenville (1843-1915): médecin-chef du service de médecine de l'Hôpital cantonal de Lausanne (1871-1883 et 1890-1898) et professeur de pathologie et clinique médicale à la Faculté de Lausanne (1890-1898).

<sup>38</sup> Voir HELLER 1992, principalement pp. 93-129.

Mais dans le cadre de la vaste réflexion sur l'avenir de l'Hôpital cantonal et de la santé publique qui se met en place au cours des années 1860, les autorités vaudoises s'intéressent aux infirmeries locales. Il s'agit alors pour l'Etat d'encourager leur création dans les districts<sup>39</sup> afin de décharger l'Hôpital cantonal, qui est à ce moment la seule institution médicalisée d'envergure dans le canton, dans l'attente d'une construction nouvelle.

C'est dans ce contexte qu'il faut interpréter la loi du 3 décembre 1873 sur la constitution des infirmeries en personnes morales et celle du 15 mai 1875 sur les infirmeries. Il n'est alors pas question de soumettre les infirmeries à un contrôle de l'Etat et encore moins d'étatiser le système. Les comités locaux tiennent à leur indépendance, et ces lois leur permettront de se donner les moyens de leur développement tout en restant autonome. En effet, la constitution des infirmeries en personnes morales, demandée par pétitions par les comités locaux au moins dès 1871, les autorise à recevoir des dons et des héritages sans prélèvement de l'Etat. On leur permet ainsi de profiter pleinement de leur principale source de revenus. Quant à la loi de 1875, elle instaure le principe de la contribution de l'Etat «à l'entretien des malades qui, se trouvant dans les conditions exigées pour entrer à l'Hôpital Cantonal, et n'ayant pas pu y être reçus faute de place ou pour tout autre motif, ont été admis dans une infirmerie sur demande de l'administration cantonale»<sup>40</sup>. La propriété des infirmeries et leur gestion restent totalement dans les mains des comités locaux.

En s'assurant ainsi la collaboration des infirmeries locales, l'Etat espère disposer dans le canton de 17 infirmeries de 12 lits, soit un total de 204 lits qui, ajoutés aux 200 lits de l'Hôpital cantonal, devrait correspondre aux besoins<sup>41</sup>. La fixation du prix de la journée d'hospitalisation payée par l'Etat est soumise à un accord entre celui-ci et les infirmeries et devient un enjeu matériel fondamental dans les relations entre les deux partenaires.

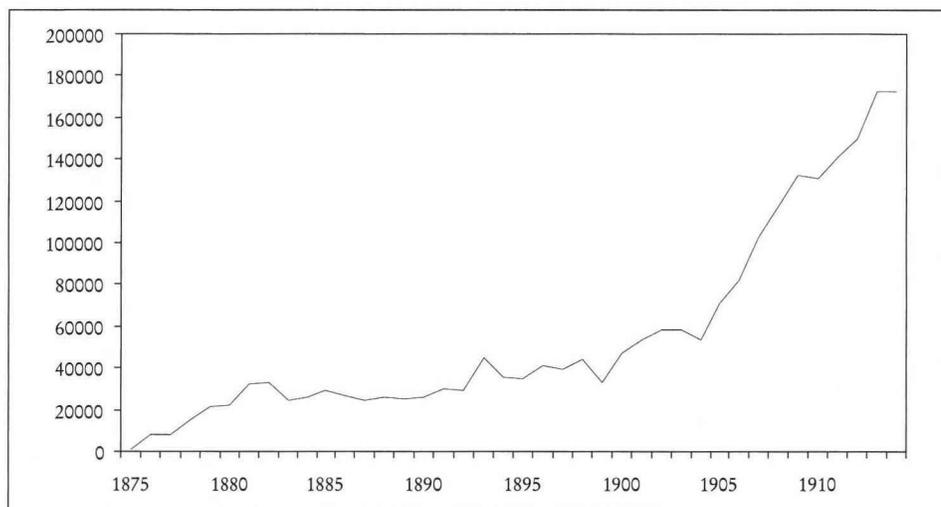
L'influence financière de l'Etat dans les infirmeries locales reste très limitée jusque dans les années 1890: la participation globale de l'Etat passe de près de 7'600 francs par an pour 1876 et 1877 à une moyenne annuelle de 25'497 francs entre 1878 et 1890, pour atteindre 46'890 francs en 1900 et 172'800 en 1914. Pour l'Etat, cet engagement financier est presque négligeable car il ne représente jamais plus de 1% de ses dépenses ordinaires.

<sup>39</sup> Dans le cas de l'Infirmerie de Nyon, fondée en 1874 et ouverte en 1877, c'est l'Etat qui écrit le 26 février 1873 à la commune pour lui demander d'étudier la question d'une infirmerie.

<sup>40</sup> Loi sur les infirmeries du 15 mai 1875, art. 3.

<sup>41</sup> Chiffres tirés de LEHMANN-JOMINI 1978, pp. 14-15.

*Dépenses de l'Etat en faveur des infirmeries locales, en francs courants (1875-1914)<sup>42</sup>.*



res totales entre 1875 et 1914<sup>43</sup>. En revanche, cet argent frais va être bien accueilli dans les infirmeries locales<sup>44</sup> dont le développement ne peut plus être assuré par les ressources privées traditionnelles.

*Vers un Hôpital cantonal à Fribourg*

La création d'un hôpital cantonal dans le canton de Fribourg est le serpent de mer de la santé publique de ce canton. Durant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, on va parler de son ouverture mais sans cesse la repousser. Il faut en fait attendre l'arrivée d'un pouvoir étatique suffisamment puissant pour que ce projet trouve réalisation. Georges Python<sup>45</sup>, nouveau leader du Conseil d'Etat en 1886, fait alors de l'Hôpital cantonal une institution importante de la « République chrétienne ».

<sup>42</sup> ACV, Comptes-rendus annuels du Conseil d'Etat, diverses années.

<sup>43</sup> Le financement des infirmeries locales représente 11.8% des dépenses de l'Etat en faveur du Service des Hospices (Hôpital cantonal, Hôpital psychiatrique de Cery, Bains de Lavey, maisons de convalescence, infirmeries locales, etc.) entre 1875 et 1914. Il faut toutefois relever que la part des infirmeries dans le Service des Hospices va en s'accroissant, puisqu'on passe de 5.8% en 1875-1880 à 11.3% en 1880-1900 et 14.8% en 1900-1914.

<sup>44</sup> D'autant plus qu'il ne s'accompagne d'aucune mesure contraignante à l'égard de l'Etat.

<sup>45</sup> Georges Python (1856-1927): avocat, leader du parti conservateur, député, conseiller national et conseiller d'Etat (1886-1927).

*L'Hospice cantonal au XIX<sup>e</sup> siècle, histoire d'un échec (1821-1893)*

Depuis 1808, l'Etat fribourgeois hospitalise ses indigents à l'Hôpital des Bourgeois en vertu d'une convention signée cette année-là. Cet accord ne suffit bientôt plus et la question de la fondation d'un Hospice cantonal apparaît dans les années 1820.

En 1821, une motion demandant la création d'un tel établissement est déposée au Grand Conseil. Il ne s'agit pas de fonder un hôpital médicalisé, mais plutôt un hospice multifonctionnel tel qu'il en existe sous l'Ancien Régime. Le projet est mené par le patricien Albert de Muller<sup>46</sup> et vise à l'hospitalisation de malades et de blessés, ainsi que de vieillards et d'orphelins qui seraient mis au travail. En discussion au cours des années 1820, ce projet est finalement abandonné pour des raisons de financement, et la convention avec l'Hôpital des Bourgeois est reconduite en 1829.

Malgré quelques interventions isolées dans les années 1830, il faut attendre plus de dix ans pour que cette question redevienne d'actualité. En 1841, la vente d'un château permet à l'Etat de créer un fonds pour un Hospice cantonal, avec une mise de départ de 5'000 francs, augmentée annuellement d'une contribution de l'Etat (1'000 francs minimum), d'une collecte annuelle (dès 1845) et de dons de particuliers. La fortune atteint 110'000 francs en 1852. Cette masse d'argent attise les convoitises et de nombreuses demandes affluent, notamment en faveur d'un asile d'aliénés (1851-1852). Avec le projet proposé en 1857 par les Drs Castella<sup>47</sup> et Thurler<sup>48</sup>, on semble s'acheminer vers une solution. Ils prévoient en effet l'ouverture d'un dispensaire pour indigents de 25 à 30 lits, qui est finalement ouvert sous la direction du Dr Thurler en 1859 dans l'ancien pensionnat des jésuites. Cet établissement est considéré comme le premier acte d'un Hospice cantonal appelé à se développer, mais des difficultés de fonctionnement aboutissent à sa fermeture précoce en 1860. Le Dr Castella propose alors une extension de la convention avec l'Hôpital des Bourgeois mais sa mort empêche sa réalisation (1860).

Suite à l'échec de cette première tentative, certains médecins du canton font connaître leur opposition à un établissement centralisé à Fribourg et plaident en faveur d'un développement des hospices régionaux et de l'urgence de la création d'un asile d'aliénés<sup>49</sup>. Cette conception se trouve ren-

<sup>46</sup> Albert de Muller (1759-?) : officier au service de France jusqu'en 1790, dernier bailli de Gruyère (1796-1798) et député (1804-1831).

<sup>47</sup> Ancien médecin de l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel, notice biographique voir p. 60.

<sup>48</sup> Jean-Baptiste Thurler (1823-1880) : membre de la Commission de Santé (1860-1870), président de la Société de médecine du canton de Fribourg (1862-1866) et de la Société médicale de la Suisse romande (1876).

<sup>49</sup> Voir GLASSON 1863.

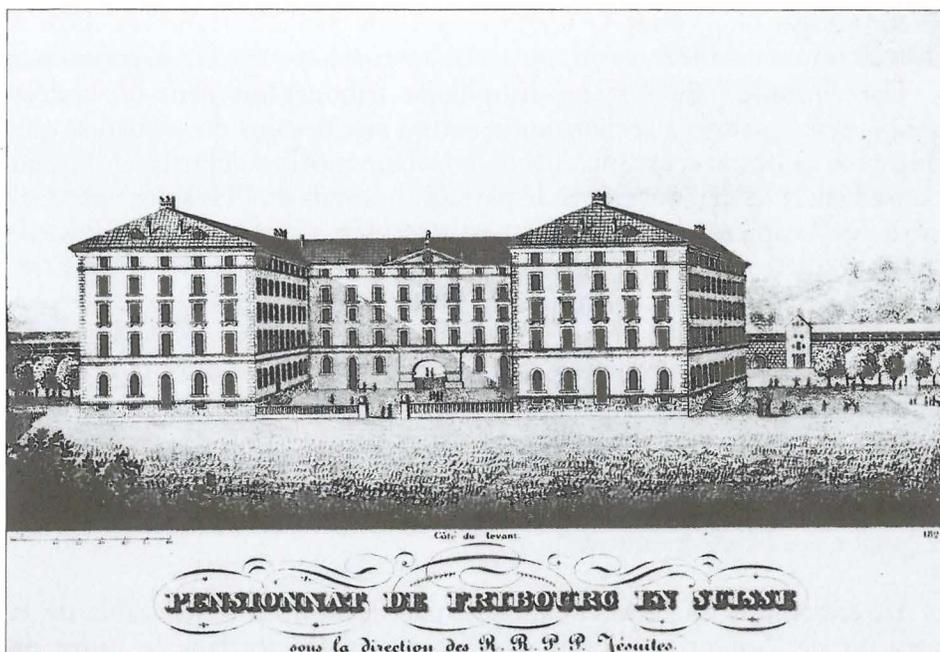


Figure 18: *Service des biens culturels du canton de Fribourg (J. Thévoz, Fribourg).*

L'ancien pensionnat des jésuites de Fribourg, lithographie d'Augustin Bader, 1827. C'est dans ce bâtiment qu'un petit dispensaire fonctionne en 1859-1860. Après cette première tentative, on discute ardemment de l'ouverture d'une infirmerie cantonale jusqu'en 1864, mais, après cette date, les élites fribourgeoises semblent privilégier le modèle d'un hospice cantonal décentralisé sur plusieurs sites.

forcée en 1866, lorsque l'Hospice de Billens est ouvert dans un château légué à l'Etat par un ancien conseiller d'Etat désireux de créer une succursale de l'Hospice cantonal dans la Glâne. Dans les années 1866-1868, on réfléchit à la création d'un asile pour aliénés sans que cela ne débouche sur des projets précis.

La loi sur les institutions hospitalières de 1869 est l'occasion d'une première planification des besoins hospitaliers du canton. L'Etat reconnaît les hôpitaux de district, encourage leur développement<sup>50</sup> et déclare sa volonté de créer un Hospice cantonal pour les opérations chirurgicales ainsi qu'une maison d'aliénés. Cette dernière est fondée à Marsens<sup>51</sup> en 1875 et correspond à la première réalisation étatique en matière de santé publique dans le canton de Fribourg. Sa réalisation se fait grâce aux fonds de

<sup>50</sup> Voir p. 134.

<sup>51</sup> FUSSINGER & TEVEARAI 1998, pp. 45-59.

l'Hospice cantonal, dont la fortune chute de 865'000 francs en 1874 à 117'000 francs en 1878.

L'amélioration du système hospitalier fribourgeois dans les années 1870 donne à penser à certains qu'il suffira aux besoins du canton et que l'Hospice cantonal n'est plus nécessaire. Une motion déposée au Grand Conseil en 1872 demande ainsi le partage du fonds de l'Hospice cantonal entre les hospices de district et est acceptée par le Grand Conseil. Pourtant, cette motion n'est pas mise en application par le Conseil d'Etat, qui renvoie ce projet de commission en contre-projet et de contre-projet en expertise. Quelques députés reviennent à charge en 1889-1893 mais rien n'y fait: le gouvernement fribourgeois désire toujours la création d'un Hospice cantonal, d'autant plus que Georges Python commence à évoquer la création d'une Faculté de médecine.

### *La question de la Faculté de médecine*<sup>52</sup>

La création d'un hôpital cantonal par Python est inséparable de la question de l'ouverture d'une Faculté de médecine dans le cadre de l'Université de Fribourg, pilier central de la «République chrétienne» et ouverte en 1889. Python est d'autant plus favorable à une Faculté de médecine qu'on observe souvent dans les autres facultés de Suisse un climat laïcisant et positiviste, voire athée, contraire aux aspirations de nombreux étudiants catholiques. Soutenu par la Société académique de Fribourg et les évêques suisses (1892), il déclare devant le Grand Conseil en 1895 que «la Faculté des sciences est un acheminement vers la Faculté de médecine»<sup>53</sup>. On cherche à relier l'enseignement de la philosophie et celui de la théologie à la science médicale dans un ensemble «sciences naturelles», divines dans leur essence. La Faculté des sciences est fondée en 1896, avec le premier propédeutique de médecine et une chaire de physiologie. Un laboratoire de bactériologie est aménagé dans le cadre de cette faculté en 1903 et devient peu après l'Institut d'hygiène et de bactériologie (1907).

L'ouverture d'une Faculté de médecine nécessite toutefois l'existence d'un hôpital cantonal et de cliniques universitaires afin de dispenser l'enseignement pratique aux étudiants. C'est l'occasion pour Python d'allier le projet universitaire à la création de l'Hôpital cantonal.

<sup>52</sup> Voir GIOVANNINI 1991.

<sup>53</sup> Cité GIOVANNINI 1991, p. 867.

*Vers l'Hôpital cantonal (1893-1920)*

Les années 1890 et 1900 sont une période favorable au projet de Python. Il reçoit en 1893 l'appui des Drs Dupraz<sup>54</sup>, privat-docent à l'Université de Genève, et Kaufmann<sup>55</sup>, professeur de chirurgie à l'Université de Zurich, qui tous deux affirment le besoin pour Fribourg de disposer d'un établissement médicalisé de 120 lits. Le climat politique est aussi en faveur de Python, puisque les diverses élections communales et cantonales sont empreintes du thème de l'Hôpital cantonal dans les années 1897-1912. Enfin, le journal *La Liberté* défend le projet gouvernemental et écrit en 1902 que «l'Hôpital sera la clinique de tous»<sup>56</sup>, au contraire des coûteuses cliniques privées qui apparaissent alors en ville de Fribourg.

La retenue est financière<sup>57</sup> et Python a l'idée de mettre en réseau des cliniques privées de très haute qualité qui seraient desservies par des congrégations religieuses et qui joueraient le rôle d'un Hôpital cantonal décentralisé sur plusieurs sites. Dans cette perspective, le gouvernement fribourgeois fait un emprunt public de 1.5 million de francs (Fonds des cliniques universitaires) et Python engage des négociations tous azimuts. De longs pourparlers ont lieu avec diverses congrégations (1894-1905) dans le but de faire venir s'établir à Fribourg de nouvelles religieuses soignantes, mais n'aboutissent généralement pas. Il en est de même d'un projet de redéploiement de l'Hôpital des Bourgeois (1905-1906). Python aimerait racheter l'établissement pour y établir une école d'infirmières et propose à la ville de Fribourg d'ouvrir à Péroilles un nouvel établissement comprenant une maternité et une clinique de médecine interne, toutes deux ouvertes aux indigents du canton, alors qu'on placerait les vieillards dans un nouvel asile. Mais cette négociation se solde aussi par un échec. Finalement, Python ne parvient à mettre sur pied que deux cliniques, l'une à Gambach et l'autre à Péroilles.

La clinique d'ophtalmologie est une fondation née du désir d'un légataire<sup>58</sup> qui offre en 1897 sa fortune pour un tel établissement. Ce fonds est géré par Python, qui fait venir à Fribourg les sœurs de la Providence de Dijon pour tenir cette clinique ouverte sur un terrain mis à disposition par l'Etat, à Gambach (1907). Finalement, on décide de placer les services de chirurgie et de maternité dans cette clinique. Après avoir accueilli des

<sup>54</sup> Alfred Dupraz (1863-1910): médecin genevois d'origine fribourgeoise, privat-docent à l'Université de Genève (1893-1901).

<sup>55</sup> Konstantin Kaufmann (1853-?): professeur de chirurgie à l'Université de Zurich (1880-1920).

<sup>56</sup> *La Liberté*, 5 décembre 1902.

<sup>57</sup> Le canton vient de s'endetter dans les chemins de fer.

<sup>58</sup> Léger-Louis Gerbex (1819-1897): professeur à l'Ecole des cadets de Moscou puis de Saint-Petersbourg, dernier représentant mâle de sa famille, il lègue toute sa fortune à l'Hôpital cantonal.

soldats en 1914-1918, elle devient le siège de l'Hôpital cantonal. Une convention est alors signée avec l'Hôpital des Bourgeois, qui s'engage à ne plus recevoir les malades pouvant être traités à Gambach et autorise le transfert de quelques sœurs de Sainte-Marthe (1919). Ce bâtiment compte 125 lits.

La question de la clinique ophtalmique n'est donc pas résolue et redevient d'actualité en 1912. Python désire en effet l'intégrer à un Institut d'anatomie et de pathologie et de permettre ainsi le second propédeutique de médecine à l'Université, mais le Grand Conseil limite son ambition à la seule clinique. Celle-ci est ouverte à Péroilles, mais ne peut être mise en service avant la fin de la guerre. Les autorités fribourgeoises désirent alors engager des praticiens de renom et tentent de débaucher le Dr Auguste Collomb<sup>59</sup>, médecin-adjoint à l'Hôpital ophtalmique Rothschild à Genève, à qui sont offertes la direction de la clinique et un poste de professeur lorsque la Faculté s'ouvrira. Suite à son refus (1920), on décide de transférer la maternité à Péroilles et de l'isoler des autres services, d'autant plus que les médecins députés Clément et Ducotterd<sup>60</sup> demandent ce changement pour des raisons médicales.

L'Hôpital cantonal fribourgeois voit donc le jour en 1920, suite à près d'un siècle de débats. Réalisation volontariste et ambitieuse du gouvernement Python, cet établissement ne s'ouvre pourtant pas dans des conditions idéales, puisque la Faculté de médecine n'a pas vu le jour. Cette précipitation s'explique par des raisons politiques qui jouent au détriment de la qualité médicale qu'on aurait voulu réaliser. De même, il faut relever ici l'affaiblissement de Python suite au scandale financier de la Banque d'Etat de Fribourg (1912-1913). En effet, le nouveau leader du Conseil d'Etat, Jean-Marie Musy<sup>61</sup>, est plutôt favorable à un établissement généraliste, sans Faculté de médecine.

Les autorités fribourgeoises d'après 1945 porteront un regard sévère sur cette fondation lorsqu'il s'agira de moderniser. Le Conseil d'Etat de 1960 affirmera même que « l'hôpital cantonal [...] a été ouvert immédiatement après la première guerre mondiale, en 1920, dans des circonstances accidentelles qui tiennent de l'improvisation »<sup>62</sup>.

<sup>59</sup> Auguste Collomb (?-1933): Fribourgeois d'origine, médecin à l'Hôpital Rothschild (GE) et membre de la commission administrative de l'Hôpital cantonal de Genève (1919-1924).

<sup>60</sup> Maurice Ducotterd (1874-1924): médecin à Estavayer.

<sup>61</sup> Jean-Marie Musy (1876-1952): membre du parti conservateur, conseiller d'Etat (1913-1919) et conseiller fédéral (1919-1934).

<sup>62</sup> Selon le Département de la Santé publique. AEF, DSPa 211, 5 mai 1960.

### L'opposition du conseiller d'Etat Musy à l'ambitieuse politique hospitalière de Python (1919)

«Le projet d'un hôpital cantonal est évidemment beau, mais sa réalisation nous coûtera cher. Nous disposons de moyens modestes. Nous devons en tirer le plus de profit possible. Deux systèmes sont en présence, en matière hospitalière: l'ancien, qui réunissait tous les services sous un même toit et le système des pavillons, qui est actuellement en vogue: inutile de dire qu'il est plus onéreux que l'autre. Les frais d'exploitation sont évidemment bien plus grands, si les cliniques sont séparées, surtout si elles sont distantes les unes des autres. Il faudra quatre administrations distinctes, quatre services, quatre chauffages, quatre cuisines, etc. [...] Mais Fribourg est une cité modeste; on pourrait très bien loger tous les malades dans le même immeuble, sauf à adopter une disposition qui sépare les diverses catégories. L'unité serait plus économique. Je constate donc qu'on nous propose le système le plus coûteux. [...] On a une propension à la dépense, dans nos administrations; on voit trop par les yeux de gens qui regardent à travers la lentille grossissante de la mégalomanie.»

*Intervention au Grand Conseil, 1919, cité par BOSSON 2001, p. 23.*

#### *Absence d'hôpitaux cantonaux dans certains cantons*

Tous les cantons ne possèdent pas d'établissement hospitalier cantonal et leur absence est aussi représentative du rôle de l'Etat dans cette mise en œuvre. Les cas valaisan et neuchâtelois illustrent la situation de cantons où il n'y a pas de forte volonté étatique et où le régionalisme joue en défaveur d'un hôpital cantonal unique. Quant au Jura bernois, sa situation minoritaire joue en défaveur d'une forte présence étatique.

#### *La création d'un Hôpital cantonal valaisan: les régionalismes contre l'Etat (1864-1917)<sup>63</sup>*

L'histoire de l'intervention de l'Etat valaisan dans le système hospitalier cantonal est celle d'un échec permanent. Confronté à un régionalisme exacerbé, le Conseil d'Etat ne sera jamais capable d'imposer un établissement cantonal.

La question de la création d'un Hospice cantonal apparaît en 1864 lorsqu'un legs est fait dans ce sens à l'Etat. Alors que la bourgeoisie sédu-

<sup>63</sup> Informations tirées pour l'essentiel de VOUILLOZ BURNIER & BARRAS à paraître. Pour Malévoz, voir FUSSINGER à paraître.

noise se propose pour se charger de ce projet, probablement dans le cadre de son hôpital qu'elle pourrait ainsi médicaliser, le Grand Conseil décide d'ajourner le projet en raison des difficultés financières de l'Etat et des communes.

En 1887, le Grand Conseil débat de la nécessité de mettre sur pied une Clinique chirurgicale cantonale afin de permettre aux Valaisans un accès à une chirurgie de pointe, alors en plein développement. L'absence de chirurgiens valaisans et des difficultés financières retardent le projet jusqu'au début des années 1890, où l'attribution de la dîme de l'alcool fait naître des convoitises. Si personne ne remet en cause la nécessité de développer le système hospitalier cantonal, on n'est pas d'accord sur la manière. Alors que certains désirent un centre chirurgical unique, basé à Sion, les médecins et députés des autres districts s'y opposent farouchement et demandent plutôt l'ouverture de plusieurs infirmeries régionales.

Enfin, un dernier projet voit le jour en 1914. Les notables de plusieurs districts appellent la réalisation d'une clinique cantonale, pour laquelle un fonds de 115'000 francs est déposé à l'Etat du Valais. La bourgeoisie de Sion se dit prête à mettre à disposition une partie de son hôpital. Mais, comme auparavant, la question financière se pose, car le fonds disponible n'est pas suffisant. Intervient alors Jean-Jacques Mercier<sup>64</sup> auprès du Conseil d'Etat (1916). Il propose au gouvernement une somme d'au moins 100'000 francs, doublée d'un don d'importance similaire de la part de l'Aluminium Industrie AG (AIAG), mais demande en contrepartie que l'Hôpital cantonal soit situé à Sierre et que le Dr Turini<sup>65</sup> en devienne médecin-chef. Cette proposition entraîne une levée de boucliers de la part des notables sédunois, qui refusent qu'on établisse un hôpital cantonal ailleurs qu'à Sion, et de la quasi totalité du corps médical valaisan, plutôt favorable à un développement des infirmeries régionales et à l'ouverture d'institutions cantonales plus petites et plus ciblées, comme un sanatorium antituberculeux ou une maternité cantonale. Pourtant, l'ouverture d'un établissement cantonal pratiquant une médecine de pointe est nécessaire au vu du nombre de Valaisans hospitalisés dans les grands hôpitaux romands: pour la période 1912-1916, il y en a en moyenne 185 par année à l'Hôpital cantonal de Genève et 180 à celui de Lausanne. Malgré cette nécessité, les divers protagonistes ne parviennent pas à s'entendre: Mercier et l'AIAG augmentent leur participation commune à 350'000 francs (1916) et la bourgeoisie sédunoise propose 100'000 francs pour que

<sup>64</sup> Jean-Jacques Mercier (1859-1932): homme d'affaires et philanthrope lausannois établi à Sierre.

<sup>65</sup> Gustave Turini (1875-1961): établi en 1905 à Sierre, il pratique à l'Asile Saint-Joseph et devient médecin-chef de l'Hôpital régional de Sierre (1922-1947), ainsi que membre (1920-1946) et président (1939-1946) de sa direction.

l'on s'installe dans la capitale (1917). Malgré l'adoption d'un décret du Conseil d'Etat concernant la création d'un Hôpital cantonal dont le siège est à fixer (1917), cette institution ne verra jamais le jour. La création d'un Hôpital régional est décidée à Sierre en 1919. Quant à l'Hôpital bourgeois de Sion, sa modernisation est repoussée aux années 1930.

L'Etat parvient tout de même à mettre sur pied un établissement pour aliénés, la Maison de santé de Malévoz, ouverte en 1901. En réalité, cette institution doit sa fondation à une action commune de l'Etat et d'un privé, le Dr Paul Repond<sup>66</sup>. Directeur de l'asile de Marsens depuis le milieu des années 1880, ce dernier quitte le canton de Fribourg suite à des vexations politiques et s'installe dans le Valais. Il y ouvre un asile psychiatrique avec l'appui financier de l'Etat, en échange de quoi il s'engage à prendre en charge des aliénés indigents. A sa retraite, en 1916, l'établissement est racheté par l'Etat qui en fait son asile psychiatrique cantonal.

*Les établissements cantonaux neuchâtelois: l'Hôpital de Chantemerle pour contagieux (1868-1914) et la création de l'Hospice de Perreux pour aliénés incurables*

Contrairement à ce qu'on trouve ailleurs, l'Etat neuchâtelois n'est ni le fondateur d'un hôpital, ni celui d'un asile d'aliénés. Ces deux importants établissements sont du ressort de l'action philanthropique privée. Ce retrait étatique s'explique par la carence d'un pouvoir central fort et par la présence d'un important régionalisme. L'absence d'une Faculté de médecine dans le cadre de l'Université de Neuchâtel, malgré l'ouverture du premier propédeutique en 1896, est tant cause que conséquence de ce retrait de l'Etat, car les liens entre Faculté et Hôpital cantonal apparaissent comme essentiels dans d'autres cantons.

Le cas de la création et du développement de l'Hôpital de Chantemerle pour contagieux illustre bien cette carence de l'Etat. A l'origine, on trouve le Dr Cornaz<sup>67</sup>, médecin-chef à l'Hôpital Pourtalès, qui présente en 1868 à la Société neuchâteloise des Sciences médicales un travail démontrant la nécessité de créer un hôpital pour contagieux. Cette société nomme alors une commission spéciale qui rend un rapport allant dans ce sens en 1870. La même année, le Grand Conseil discute de l'attribution du legs Borel, qui se monte à un total d'environ 800'000 francs. Les médecins publient une brochure intitulée *De l'urgence d'un Hôpital cantonal pour*

<sup>66</sup> Paul Repond (1856-1919): psychiatre fribourgeois, directeur de l'asile de Marsens (1884-1897).

<sup>67</sup> Voir p. 61.

*maladies contagieuses* (1870) et créent la Société pour le traitement des maladies contagieuses (STMC) avec le Dr Cornaz à sa tête. Mais le legs est finalement attribué à un orphelinat. Il faut aussi compter avec l'opposition des Montagnes, qui craignent une centralisation à Neuchâtel, ainsi que l'arrêté du Conseil d'Etat sur la lutte contre la variole (1871) demandant la création de lazarets locaux. Tous ces facteurs jouent en défaveur de la création d'un établissement cantonal pour contagieux, même si la situation est urgente. Malgré l'arrêté du Conseil d'Etat, seules quelques tentes et des pavillons provisoires sont établis. Dans certaines communes, on hospitalise les contagieux dans les hôpitaux communaux, ce qui entraîne la contagion d'autres malades dans celui de la ville de Neuchâtel, comme cela avait déjà été le cas à La Chaux-de-Fonds en 1869.

L'Hôpital de Chantemerle est finalement fondé en ville de Neuchâtel par la STMC en 1878. Il comprend à son ouverture deux pavillons, l'un pour les galeux, à destination de tous les malades du canton, et l'autre pour les varioleux, construit par la ville de Neuchâtel pour ses ressortissants. Un troisième pavillon est ouvert pour les vénériens en 1885 et financé en partie par l'Etat<sup>68</sup>. La STMC connaît rapidement des difficultés financières et cherche à remettre son établissement. Après s'être offert à l'Hôpital Pourtalès qui refuse (1907), Chantemerle approche la ville de Neuchâtel en 1908. Des sections pour contagieux sont créées dans le cadre du nouvel hôpital communal des Cadolles (1914). La STMC donne alors sa fortune à la commune de Neuchâtel et se dissout.

Si la question de l'hospitalisation des malades contagieux ne permet pas l'intervention directe de l'Etat dans le système hospitalier neuchâtelois, celle des incurables la provoque avec l'ouverture de l'Hospice de Perreux (1897), seule réalisation étatique en matière sanitaire dans ce canton. Bien qu'ils n'acceptent statutairement pas de malades chroniques, les établissements Pourtalès et Préfargier en comptent de nombreux cas qui encombrant les lits destinés à des malades curables. C'est dans ce contexte que le Dr Auguste Châtelain<sup>69</sup>, médecin à Préfargier depuis 1862, intervient en 1867 à la Société neuchâteloise pour l'avancement des sciences sociales où il présente un rapport intitulé *La question des incurables dans le canton de Neuchâtel*. Selon son enquête, il relève la présence de 527 malades incurables dans le canton, placés dans les hospices (126) ou dépendant des chambres de charité locales (243) et des familles (208). Une com-

<sup>68</sup> Voir MALHERBE-PARISOD 1999.

<sup>69</sup> Auguste Châtelain (1838-1923): psychiatre, médecin-chef de Préfargier (1872-1882), professeur d'hygiène, d'anatomie et de pathologie à l'Académie puis à l'Université de Neuchâtel.

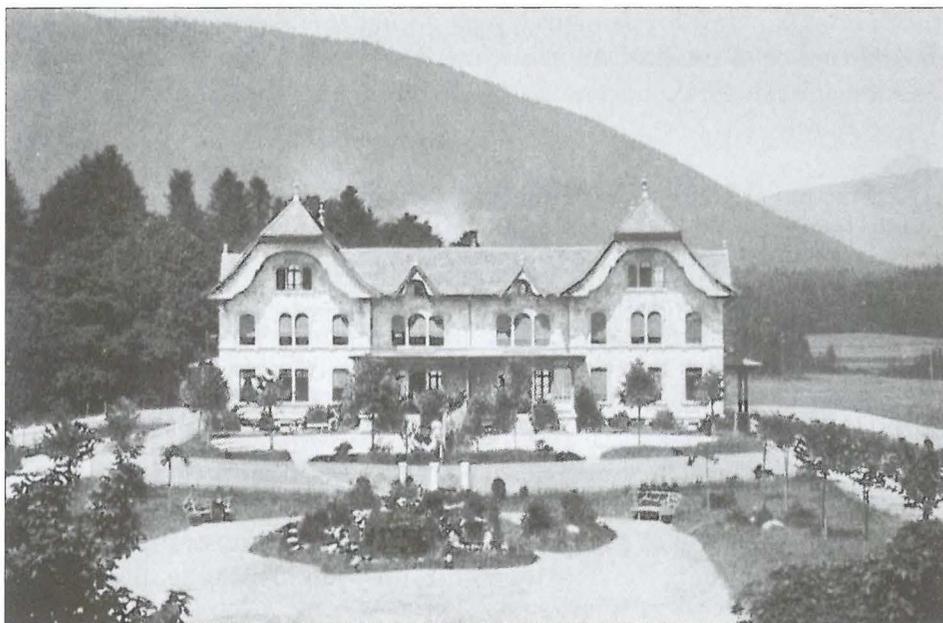


Figure 19 *Photo tirée de Edouard Borel, Perreux, hospice cantonal, Zurich, 1935.*  
 Hospice de Perreux, Pavillon des épileptiques, 1906. Perreux n'est pas à l'origine uniquement destiné aux aliénés, mais à tous les individus atteints d'une maladie incurable, mentale ou non. Cette institution doit avant tout libérer de la place dans les hôpitaux aigus, afin d'y permettre leur médicalisation. La Belle Epoque voit de nombreuses créations d'hospices pour incurables en Suisse romande, comme l'Asile de Loëx à Genève (1900) ou Mon Repos à La Neuveville (1906).

mission d'initiative voit le jour en 1869 sous la houlette du Dr Châtelain et espère aussi obtenir le legs Borel.

La création d'un hospice pour incurables se voit relancée en 1887 par un don à l'Etat de 100'000 francs de la part de Préfargier. Le Grand Conseil accepte cette donation la même année et crée un fonds de réserve en 1888 auquel il attribue une part du produit du monopole de l'alcool. En 1889, les communes acceptent le financement d'un tel hospice. Ces conditions matérielles favorables permettent la fondation de l'Hospice cantonal des incurables en 1891 et son ouverture à Perreux, en 1897. Cet asile psychiatrique est conçu sous la forme d'une colonie agricole et « forme en réalité tout un petit village, dont chaque maison recevra au plus 40 à 50 malades »<sup>70</sup>. Bien que cantonal, Perreux profite largement de dons

<sup>70</sup> *L'Impartial*, 21 septembre 1897, cité dans PERREUX 1997, p. 22.

privés pour son développement. Un pavillon des épileptiques est inauguré en 1906 grâce à un don du fabricant d'absinthe Louis Pernod et une seconde annexe est construite en 1923 suite à une donation du banquier Alfred Borel.

L'Etat neuchâtelois n'est toutefois pas totalement absent du système hospitalier cantonal, même s'il n'en est pas l'initiateur. Dans la continuité de la révolution de 1848, le pouvoir radical adopte en 1876 une loi sur les fondations visant à soumettre les institutions charitables à la surveillance de l'Etat<sup>71</sup>. On exige notamment l'homologation des statuts et le contrôle des comptes par le Conseil d'Etat, ainsi que la nomination de représentants de l'Etat dans les organes décisionnels pour lesquels la cooptation est abolie. Cette loi entraîne le recours au Tribunal fédéral de nombreuses fondations charitables, parmi lesquelles trois hôpitaux (Hospice de la Côte, Hôpital de Couvet et Maison de santé de Préfargier). Seul Préfargier obtient gain de cause et peut ainsi conserver une administration particulière. Au niveau financier, cette loi n'entraîne toutefois pas de subventions publiques.

### *Le Jura bernois en situation périphérique*

Le canton de Berne bénéficie d'un établissement cantonal universitaire de réputation européenne, l'Hôpital de l'Isle, ainsi que d'autres établissements cantonaux moins importants (Maternité et asile de la Waldau). Les rapports entre ces établissements d'Etat situés dans la ville de Berne et la partie jurassienne du canton sont mal connus. Il est difficile d'évaluer la place qu'occupe le Jura bernois dans le système hospitalier bernois.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'Hôpital de l'Isle semble jouer un rôle relativement important pour le Jura<sup>72</sup>. Pour la décennie 1907-1916, on dénombrerait un total de 9'257 Jurassiens soignés dans cet établissement, soit 926 en moyenne par an. Pour comparaison, l'ensemble des hôpitaux régionaux jurassiens hospitalise en 1910 un total de 2'268 malades<sup>73</sup>. Il y a donc un peu plus d'un Jurassien sur quatre qui se fait soigner dans son hôpital cantonal, ce qui paraît très important, vu la distance géographique et les différences linguistiques et religieuses qui peuvent séparer les deux

<sup>71</sup> Voir CHRIST 1994, pp. 217-228.

<sup>72</sup> Les informations citées ici sont tirées d'une brochure anonyme à caractère anti-séparatiste et demanderaient vérification. Voir EXPOSÉ 1918.

<sup>73</sup> AEB, BB XI, Rapports annuels des établissements de Delémont, Moutier, Porrentruy, Saignelégier et Saint-Imlier.

régions. Pour bien évaluer cette importance, il faudrait connaître la place que prend l'Hôpital de l'Isle dans les autres districts du canton de Berne et déterminer les caractéristiques des Jurassiens hospitalisés à Berne<sup>74</sup>.

Quoi qu'il en soit, les établissements cantonaux sont centralisés à Berne et les élites jurassiennes acceptent mal l'inexistence d'institutions étatiques dans leur région. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne le traitement des malades incurables et des aliénés. Les communes jurassiennes, emmenées par la Caisse centrale des pauvres du district de Courtelary<sup>75</sup> et le Dr Samuel Schwab<sup>76</sup>, demandent en 1874 par voie de pétition un agrandissement de l'asile de la Waldau ou l'aménagement d'un nouvel hospice à Bellelay. Cet ancien couvent est alors la propriété d'une entreprise qui y a installé une infrastructure industrielle utile à sa reconversion en maison de travail. On affirme que

«les administrations communales et spécialement les comités d'hospice des diverses communes du Jura ont fait si fréquemment la pénible expérience que l'établissement des aliénés de la Waldau ne suffit pas à l'admission des malheureux qui cependant devraient y trouver accès, que nous nous voyons obligés d'intervenir auprès de l'autorité supérieure du canton.»<sup>77</sup>

Le Dr Schwab rend un rapport en 1876<sup>78</sup> et la Société jurassienne d'Emulation intervient l'année suivante auprès du Conseil exécutif pour lui demander que l'Etat mette sur pied dans le Jura une maison de travail obligatoire et d'accueil des malades incurables à Bellelay. La requête est transmise au professeur Schärer, directeur de la Waldau, qui

«se déclare catégoriquement contre le projet d'installer des aliénés à Bellelay, d'abord à cause de la combinaison projetée avec une maison de travail obligatoire, ensuite parce que, dit-il, l'expérience a prouvé quelles sommes considérables coûte la transformation d'anciens couvents en asiles, tout en ne permettant qu'une installation médiocre.»<sup>79</sup>

Des députés jurassiens reviennent à charge en 1889 mais la commission d'économie publique du canton se prononce en faveur d'un asile à

<sup>74</sup> Il semblerait qu'il s'agisse essentiellement de ressortissants de la partie germanophone du canton fraîchement établis dans le Jura bernois et qui préfèrent se faire hospitaliser en ville de Berne. Voir DAUCOURT 1938, pp. 78-79.

<sup>75</sup> La Caisse centrale des pauvres du district de Courtelary est fondée en 1816 et s'occupe de diverses œuvres sociales dans ce district (hôpital, hospice de vieillards, orphelinat, dispensaire antituberculeux, etc.).

<sup>76</sup> Samuel Schwab (1832-1900): médecin à Saint-Imier puis en ville de Berne, promoteur de nombreux projets socio-médicaux dans le Jura bernois (Hôpital de Saint-Imier, Ecole d'horlogerie, Ecole ménagère, etc.) et du sanatorium de Heiligenschwendi.

<sup>77</sup> AEB, BB XI 833, Pétition des communes jurassiennes au canton de Berne, 1874.

<sup>78</sup> AEB, BB XI 835, Rapport du Comité d'initiative pour la création d'une seconde maison de travail obligatoire et de correction dans le Jura, 1876, 20 p.

<sup>79</sup> AEB, BB XI 835, lettre de la Direction de l'Intérieur à la Société jurassienne d'Emulation, 21 juillet 1877.

Münsingen. Enfin, en 1890, le Conseil exécutif achète le domaine de Bellelay et y aménage un asile pour aliénés incurables, qui ouvre ses portes en 1899. Unique réalisation médicale de l'Etat en terre jurassienne, l'asile de Bellelay devient «le refuge de la toute dernière catégorie des malades des deux autres asiles bernois»<sup>80</sup> qui y envoient leurs incurables. De triste renommée,

«incontestable parent pauvre du système d'assistance bernois, l'asile de Bellelay, dernier couvent de Suisse transformé en asile [...], constitue un archaïsme qui contraste lourdement avec la modernité de Münsingen. Force est de constater que les choix effectués à Berne en matière de constructions asilaires recoupèrent les frontières linguistiques de ce canton.»<sup>81</sup>

### Philanthropes et aristocrates

Mis à part dans les villes de Genève, de Lausanne et, dans une moindre mesure, de Fribourg, les divers Etats cantonaux romands sont relativement absents du système hospitalier avant 1914. Jusque dans les années 1890, l'infrastructure médico-technique est élémentaire et il suffit de peu de moyens pour organiser localement des établissements destinés à une population aussi indigente que malade. Leur prise en charge est généralement le fait de congrégations religieuses, catholiques ou protestantes, menées par les anciennes élites ayant trouvé refuge dans la philanthropie.

### *Le Réveil protestant et l'ouverture d'écoles d'infirmières*

Avant les années 1840, il n'existe pas de filière protestante de recrutement de personnel soignant, à l'opposé des régions catholiques où de nombreuses congrégations de sœurs visiteuses des pauvres et des malades se sont multipliées dès la Contre-Réforme, dans le sillage des Filles de la Charité de Saint-Vincent de Paul. En terre protestante, il faut attendre le début du XIX<sup>e</sup> siècle et le Réveil protestant pour assister à la création de maisons de diaconesses (Berlin 1837, Paris 1841, Saint-Loup 1842, Strasbourg 1842, Berne 1844, Riehen 1852, etc.) qui entraîneront la mise sur pied du projet concurrent de La Source.

<sup>80</sup> KNOLL 1932, p. 22.

<sup>81</sup> FUSSINGER & TEVAEARAI 1998, p. 92.

*Les diaconesses de Saint-Loup*

A l'origine, les maisons de diaconesses sont un produit du Réveil. Cette théologie individualiste qui promeut l'action sociale individuelle débouche au XIX<sup>e</sup> siècle sur une multitude d'associations et d'institutions caritatives dont le but est le secours aux indigents de la part des élites, dans le respect de l'ordre social. En Suisse romande, deux hommes prennent les choses en main, Louis Germond<sup>82</sup> et son ami le Dr Adolphe Butini<sup>83</sup>. Pasteur de l'Eglise libre à Echallens, le premier y ouvre une petite maison de diaconesses, doublée d'une infirmerie pour leur instruction (1842). Le but de cette institution est de former des jeunes filles au métier de garde-malade, fondé sur le modèle catholique (célibat, costume, bénévolat, etc.). Dans ses premières années, l'activité est extrêmement réduite: on ne dénombre que sept diaconesses en 1844 et douze en 1850. L'infirmerie accueille 174 malades en 1850. Une première phase de croissance apparaît avec le déménagement à Saint-Loup (1852) et la création, dès les années 1850, d'infirmeries locales vaudoises qui feront appel à des diaconesses.

Le départ pour Saint-Loup est rendu possible par l'intervention financière du Dr Butini. C'est lui en effet qui rachète l'hôtel des Bains de Saint-Loup et le met à disposition du pasteur Germond. Jusqu'à sa mort en 1877, Butini est d'ailleurs l'un des principaux soutiens financiers de l'établissement. L'ouverture simultanée d'infirmeries, mais aussi d'écoles enfantines et d'orphelinats, profite directement au développement de Saint-Loup, dont le nombre de diaconesses en service passe de 12 en 1852 à 41 en 1880. A Saint-Loup, les hospitalisations oscillent autour de 250 par an dans les années 1860-1880.

Une seconde phase de croissance commence en 1883, lorsque l'Hôpital cantonal de Lausanne, sur demande de ses médecins-chefs, fait appel aux diaconesses. En sortant du milieu purement évangélique, Saint-Loup parvient à toucher l'ensemble de la société et déclare que «l'agrandissement de [son] champ de travail [lui] a procuré des relations amicales dans cette partie du public qui, auparavant, [le] connaissait peu»<sup>84</sup>. L'Hôpital de Lausanne ne permet pas seulement aux diaconesses de se faire connaître mais leur offre un second lieu de formation, d'autant plus que l'infirmerie de Saint-Loup reste de dimension réduite, malgré une modernisation et une extension du site à la fin des années 1890<sup>85</sup>. On

<sup>82</sup> Louis Germond (1796-1868): pasteur engagé dans l'Eglise libre vaudoise. Il est le père de trois pasteurs: Henri et Louis, dont on parle ci-dessous, ainsi que Paul (1835-1910), missionnaire au Lesotho.

<sup>83</sup> Adolphe Butini (1792-1877): médecin genevois et grand soutien financier des institutions philanthropiques romandes.

<sup>84</sup> BCU-Lausanne, Rapport annuel de l'Etablissement de diaconesses de Saint-Loup, 1883-1884, p. 8.

<sup>85</sup> On compte 445 hospitalisations en 1900 et 510 en 1910.

### Le pasteur Henri Germond et la nécessité de l'action philanthropique (1870)

«La souffrance des classes inférieures a été souvent plus grande qu'elle ne l'est aujourd'hui; mais jamais leur convoitise ne fut plus ardente; jamais le cœur des déshérités, comme ils se nomment, n'a débordé de plus d'amertume ni de désirs plus irrités. Cette convoitise enflammée, c'est l'Attila qui devait venir. Il est déjà venu, quand même il ne brandit pas encore sa hache; il s'est assis à votre foyer, où il a enrôlé vos propres domestiques; il a visité l'atelier, où il a embauché l'ouvrier qui vous salue encore dans la rue, mais dans sa mansarde rêve à votre endroit le partage et pis encore. Les innombrables mécontents de l'ordre social grossissent chaque jour les légions d'Attila. Et le choc se fera; et l'ébranlement sera épouvantable. Pour ajourner le choc, et, si possible, pour l'amortir, multiplions les sociétés coopératives, luttons corps à corps avec le paupérisme, fraternisons avec l'ouvrier, instruisons les ignorants, soignons les malades; payons de nos personnes; ne reculons devant aucun sacrifice; n'épargnons rien! C'est de la prudence; c'est notre intérêt bien entendu, dirais-je, si j'étais disciple de Bentham. Mais il est quelque chose de plus honorable que le bien conseillé par la peur, c'est le bien inspiré par le sentiment sacré du devoir, par de tendres compassions, et, pour dire toute ma pensée, par l'esprit de ce divin Fils de l'homme duquel, directement ou indirectement, procède toute vraie philanthropie.»

*Journal de la Société vaudoise d'utilité publique, 1870, pp. 261-262.*

assiste alors à une très forte hausse du nombre de diaconesses en service: elles sont 68 en 1892, 178 en 1906 et 242 en 1917.

Bien que Saint-Loup soit la seule maison de diaconesses de Suisse romande, on observe dans certaines régions la présence de diaconesses d'autres établissements. Dans le canton de Neuchâtel, c'est la filière strasbourgeoise qui est privilégiée<sup>86</sup>. Des diaconesses de cette maison sont présentes dans les hôpitaux de Préfargier (1848), de la ville de Neuchâtel (1849), de Pourtalès (1859) et de Couvet (1860), ainsi qu'à l'Hospice de la Côte (1871). Il semble que le diaconat de Strasbourg soit investi par l'aristocratie neuchâteloise déchuée après 1848. On rencontre en effet plusieurs filles de ces familles, parmi lesquelles Sophie de Pury<sup>87</sup>, qui devient même

<sup>86</sup> Voir PETITPIERRE 1955.

<sup>87</sup> Voir note 4, p. 34.

supérieure de la congrégation en 1887, et Marie de Tribolet<sup>88</sup>. Enfin, à l'Hôpital cantonal de Genève et dans l'arc jurassien (hôpitaux de Fleurier, de Moutier et de Saint-Imier), il y a des diaconesses de Berne.

*L'Ecole de La Source: vers une filière laïque de professionnalisation?*

Malgré d'indéniables succès, les diaconesses sont l'objet de sévères critiques de la part de certains évangélistes emmenés par la comtesse Valérie de Gasparin<sup>89</sup>. Il leur est notamment reproché de copier le modèle catholique, en promouvant l'aspect vocationnel et en n'assurant pas l'indépendance financière des gardes-malades. C'est donc une polémique religieuse qui est à la base de la création de l'école de La Source, où l'on cherche à mêler évangélisation et professionnalisation<sup>90</sup>.

Ouverte à Lausanne en 1859, l'école est dirigée par des pasteurs et entièrement financée par la comtesse de Gasparin. Un programme révolutionnaire est adopté (salarier des gardes-malades et absence de règle commune, de costume spécial, du célibat obligatoire et de l'appellation de *sœur*), mais la maison peine à se développer. Entre 1864 et 1879, on dénombre 240 jeunes filles ayant suivi les cours dispensés<sup>91</sup> mais seules 51 d'entre elles exercent dans un établissement médical ou social. Il s'agit souvent d'institutions privées (comme les cliniques dans le domaine médical), élitistes et peu ouvertes sur la société. D'ailleurs, La Source n'occupe aucune direction infirmière dans les hôpitaux romands avant l'Entre-deux-guerres. La plupart des Sourciennes ont abandonné le métier ou travaillent comme gardes-malades privées auprès de familles aisées. Dans ces conditions, il est difficile de concurrencer une maison comme Saint-Loup, en pleine ascension.

Une période beaucoup plus dynamique s'ouvre avec une profonde restructuration de l'organisation de l'école (1890) et l'arrivée du Dr Charles Krafft<sup>92</sup> à sa tête (1891). Désormais, ce n'est plus Valérie de Gasparin qui assure seule la gestion de l'institution, mais un conseil d'administration dans lequel on rencontre de nombreuses personnalités médicales et poli-

<sup>88</sup> Marie de Tribolet (1838-1910): fille de Charles-Louis-Frédéric de Tribolet, conseiller de ville à Neuchâtel, maire des Brenets et châtelain du Landeron.

<sup>89</sup> Valérie de Gasparin (1813-1894): fille du propriétaire foncier genevois Edmond Boissier, elle épouse le comte Agénor de Gasparin et s'engage dans le mouvement du Réveil.

<sup>90</sup> Sur les querelles entre Saint-Loup et Valérie de Gasparin, ainsi que sur la création de La Source, voir MOREL 1992 et FRANCILLON 1992.

<sup>91</sup> ALS, *Ecole normale de garde-malades, Lausanne, ce qu'elle a fait pendant les douze années 1867-1879*, Lausanne, Imp. Georges Bridel, 1879, 22 p.

<sup>92</sup> Charles Krafft (1863-1921): élève de César Roux et directeur de l'Ecole de La Source (1891-1921).

tiques, parmi lesquelles le professeur César Roux. Ce dernier insiste sur l'importance d'avoir un hôpital à disposition des élèves gardes-malades pour leur assurer une bonne formation. Ainsi, il écrit à la comtesse de Gasparin en 1891:

«Aussi longtemps que vous n'aurez pas adjoint à l'Ecole quelques salles de malades ou conclu avec un hôpital un contrat équivalent vos élèves resteront infailliblement dans un état d'infériorité manifeste vis-à-vis des diaconesses.»<sup>93</sup>

Devant l'impossibilité d'obtenir la direction d'un service de l'Hôpital cantonal de Lausanne, on développe diverses activités hospitalières dans le cadre de l'école, avec l'ouverture dans un bâtiment voisin de la Clinique de Beaulieu du Dr Krafft, que celui-ci met à disposition de ses élèves (1891), et celle d'une polyclinique (1905), ainsi que d'une infirmerie reconnue par l'Etat (1907).

*Sourciennes en activité dans les établissements médicaux romands (1907)*<sup>94</sup>.

Etablissement	Lieu	Nombre de Sourciennes
Infirmerie	Bex	1
La Maison	Burtigny	1
Clinique du Dr de Quervain	La Chaux-de-Fonds	1
Clinique du Dr Vaegeli	La Chaux-de-Fonds	1
Maison de santé	Faug	1
Bains de Champel	Genève	1
Clinique des Drs Juillard et Martin	Genève	1
Clinique du Dr Kummer	Genève	1
Infirmerie du Prieuré	Genève	1
Maternité	Genève	1
Clinique de Beaulieu	Lausanne	1
Clinique Bonjour-Delorme	Lausanne	1
Clinique de Mont-Riant	Lausanne	1
Clinique de la Providence	Lausanne	1
Clinique de Rosemont	Lausanne	8

<sup>93</sup> ALS, B1-1J, Lettre du Dr Roux à Mme de Gasparin, 15 janvier 1891.

<sup>94</sup> ALS, *Journal Source*, 1907, n°4, pp. 88-89.

*Sourciennes en activité dans les établissements médicaux romands (suite).*

Etablissement	Lieu	Nombre de Sourciennes
Hospice de l'Enfance	Lausanne	1
Hospice orthopédique	Lausanne	1
Institut mécano-thérapeutique	Lausanne	1
Maternité de Lausanne	Lausanne	1
La Source	Lausanne	4
Clinique du Dr Rollier	Leysin	4
Sanatorium	Leysin	1
Sanatorium du Chamossaire	Leysin	1
Clinique de Vert-Mont	Morges	1
Maternité	Neuchâtel	1
Hospice de Saint-Loup	La Sarraz	1
Grand Hôtel	Territet	1
Total		40

Ce redéploiement porte ses fruits. Le nombre d'élèves formées à La Source s'accroît, même si celles-ci restent avant tout des gardes-malades privées et sont très peu présentes en milieu hospitalier, à l'exception des cliniques privées. En 1917, le Dr Krafft a atteint le millier de Sourciennes formées depuis son arrivée. Un bilan dressé à cette occasion révèle que 111 d'entre elles sont en activité en Suisse en 1917, dont 74 dans 45 cliniques privées et 39 dans 21 hôpitaux<sup>95</sup>. En fin de compte, c'est essentiellement le rapprochement avec la Croix-Rouge suisse, dont La Source devient membre en 1903, qui s'avérera décisif pour l'avenir de la maison dans l'Entre-deux-guerres.

L'Ecole de La Source n'est pas l'unique filière de professionnalisation en Suisse romande. Dans la mouvance de la Croix-Rouge suisse, on voit se développer de nombreuses sections de samaritains, de même que quelques écoles d'infirmières. Dans l'ensemble de la Suisse, on ne compte en 1895 pas moins de 62 sections de samaritains regroupant plus de 6'200 membres<sup>96</sup>. Quant aux écoles de la Croix-Rouge, les premières sont ouvertes au Lindenhof (1899) et à Zurich (1901). En Suisse romande, mis à part

<sup>95</sup> ALS, Rapport annuel 1916-1917.

<sup>96</sup> DROUX 2000, p. 245.



Figure 20: *Archives de La Source, Lausanne.*  
Ecole de La Source, Lausanne. La volée d'élèves de 1887, avec au centre le directeur, pasteur Antoine Reymond.

La Source, il faut citer l'école du Bon Secours de Genève, présentant les mêmes caractéristiques que sa consœur lausannoise<sup>97</sup>.

### *A Genève, réaction philanthropique contre l'Hôpital cantonal*

La création de l'Hôpital cantonal par le pouvoir radical (1849) entraîne à Genève une vive réaction de la part des élites libérales et des familles patriciennes attachées à l'Ancien Régime. Exclues des institutions à caractère public mises en place par l'Etat, ces personnes se réfugient dans une philanthropie privée en plein essor après la révolution de 1846, qui leur assure une distinction sociale et une tribune dans la cité<sup>98</sup>. Alors qu'on dénombre une dizaine d'institutions philanthropiques à Genève en 1815

<sup>97</sup> Voir DROUX 2000, pp. 287-407.

<sup>98</sup> Voir PITTELOUD 1988.

et 45 en 1846, il y en a 207 en 1875 et 514 en 1903. Au-delà d'un champ d'activité très vaste et sans limite (de la banque de crédit à la bibliothèque populaire, en passant par l'association antialcoolique et la maison ouvrière), ces diverses associations ont en commun un idéal de contrôle et d'éducation des classes populaires dans le maintien de l'ordre social. C'est dans ce contexte qu'apparaissent quelques établissements hospitaliers privés à destination des indigents.

*La fondation et les débuts de la Métairie de Nyon (1856-1918)*<sup>99</sup>

La mainmise du pouvoir radical sur la santé publique genevoise, jusqu'alors contrôlée par les familles patriciennes, entraîne la fondation en 1856 d'un premier projet concurrent aux institutions publiques, la Métairie de Nyon, destinée aux aliénés. Après avoir réussi la création d'un Hôpital cantonal, le Conseil d'Etat s'en prend en effet à divers postes publics de médecins occupés par des hommes de l'Ancien Régime<sup>100</sup>. En 1856, on refuse la nomination des deux médecins de l'Hôpital général, les Drs Rilliet<sup>101</sup> et Stroehlin<sup>102</sup>, aux places similaires du nouvel Hôpital cantonal. Cette première affaire entraîne la démission du Dr Mayor<sup>103</sup> de la commission administrative de l'Hôpital cantonal mais ne met pas fin à la valse des postes. La même année, les Drs Figuière<sup>104</sup> et d'Espine<sup>105</sup>, médecins respectivement de la gendarmerie et des prisons, sont destitués et remplacés par des hommes proches du pouvoir, alors que la Faculté de médecine est dissoute<sup>106</sup>, de même que le Conseil de santé en 1857.

C'est dans ce contexte bouillonnant que le Dr Jean-Charles Coindet<sup>107</sup>, médecin des aliénés genevois dès 1834 et directeur de l'asile des Vernets dès 1838, est destitué en 1856, officiellement suite à l'enfermement abusif

<sup>99</sup> Informations tirées pour l'essentiel de BPU-Genève, Nf 444 Mélanges Coindet.

<sup>100</sup> Voir DOCUMENTS 1856.

<sup>101</sup> Frédéric Rilliet (1814-1861): médecin, chef du service de médecine de l'Hôpital général (1848-1856).

<sup>102</sup> Jean-Baptiste Stroehlin (1813-1889): médecin, chef du service de chirurgie de l'Hôpital général (1850-1856).

<sup>103</sup> François-Isaac Mayor (1818-1899): médecin, professeur d'anatomie à l'Académie (1848-1876), membre de la commission administrative de l'Hôpital cantonal (1849-1856), chef du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal (1856-1860), député et conseiller national.

<sup>104</sup> Christian Figuière (1814-1893): médecin, conseiller administratif de la ville de Genève.

<sup>105</sup> Marc d'Espine (1806-1860): médecin, l'un des fondateurs de la statistique médicale.

<sup>106</sup> Il ne s'agit pas d'une faculté universitaire au sens moderne du terme, mais du corps des médecins, chirurgiens et pharmaciens. L'actuelle Faculté de médecine est fondée en 1876.

<sup>107</sup> Jean-Charles Coindet (1796-1876): médecin, membre fondateur de la Société médicale de Genève (1823), directeur de l'Asile des Vernets (1838-1856) et professeur de médecine légale à l'Académie (1843-1846).

d'une jeune fille dans son établissement. Cette affaire est l'occasion d'une vive réaction de la part des médecins de la bonne société genevoise et des familles patriciennes qui les soutiennent. Une société anonyme pour la création d'une maison de traitement pour aliénés est fondée en 1856. Les 38 premiers actionnaires proviennent des anciennes familles aristocratiques genevoises. Parmi les nombreux avocats, négociants, officiers de carrière et banquiers privés, on rencontre les médecins déçus par le pouvoir radical<sup>108</sup> ou proches des milieux philanthropiques<sup>109</sup>, ainsi que plusieurs patriciens déjà engagés dans d'autres projets privés, comme Jean-Gabriel Eynard-Lullin<sup>110</sup>, grand soutien financier de l'institution de diaconesses de Saint-Loup, William Haldimand<sup>111</sup>, fondateur de l'Asile des aveugles de Lausanne, et Ferdinand Pictet<sup>112</sup>, membre de la direction de l'Hôpital général de Genève entre 1836 et 1847.

Ces hommes réunissent plus de 400'000 francs et entreprennent la construction d'une maison privée pour aliénés à Nyon en 1858. On vise alors la clientèle aisée de Suisse romande, qui ne veut pas hospitaliser les siens dans les établissements publics, ni dans les cliniques privées étrangères souvent éloignées. La Métairie ouvre en 1861 mais ne connaît pas le succès escompté. D'importantes difficultés économiques sont alors présentes: les bénéfices des années 1860 et 1870 sont consacrés au remboursement d'un emprunt obligataire de 143'000 francs. Par la suite, il semble que l'affaire devienne rentable, puisque des dividendes de 5-6% sont distribués dans les années 1900-1916. Mais la Métairie souffre dans ces années d'un manque chronique de ressources et le bénéfice d'exploitation est en chute libre: on passe d'un bénéfice de près de 84'000 francs en 1907 à une perte de plus de 63'000 francs en 1918. Les malades hospitalisés à la Métairie sont trop peu nombreux pour assurer son bon fonctionnement financier: on dénombre en moyenne 29 hospitalisations annuelles entre 1894 et 1917. Il est possible que la création à Genève en 1900 du nouvel asile public de Bel-Air, comprenant une division privée, apporte une concurrence pour la Métairie. Quoi qu'il en soit, les difficultés financières mènent ses actionnaires à se défaire de leur clinique en 1918.

<sup>108</sup> Les Drs Stroehlin et d'Espine.

<sup>109</sup> Les Drs Jean-François Bizot (1804-1885), chirurgien-chef de l'Hôpital général en 1845-1849, Charles Fauconnet (1810-1876), engagé dans le Dispensaire des médecins et médecin-chef de l'Hôpital général dès 1858, et Théodore Maunoir (1806-1869), chirurgien-chef de l'Hôpital général en 1840-1844 et fondateur de la Maison Gourgas.

<sup>110</sup> Jean-Gabriel Eynard-Lullin (1775-1863): négociant, financier et homme politique genevois.

<sup>111</sup> William Haldimand (1784-1862): financier et philanthrope anglais établi à Lausanne.

<sup>112</sup> Ferdinand Pictet (1796-1862): officier au service étranger et homme politique genevois.

*L'Infirmierie Butini de Plainpalais de 1859 à 1914*<sup>113</sup>

Cet établissement est ouvert en 1859 comme réponse philanthropique à l'Hôpital cantonal. Selon le Dr Victor Gautier<sup>114</sup>, «frappés des dangers moraux que peut faire courir aux patients la promiscuité des salles d'un grand hôpital, M. et Mme Butini ouvrirent l'Infirmierie pour y faire soigner des femmes et des enfants dans un milieu chrétien»<sup>115</sup>.

L'hôpital est financé par la famille Butini et d'autres notables conservateurs. On accorde la gratuité aux indigents mais ce principe est largement étendu à une grande partie de la population. Ainsi que le prévoit le règlement, la priorité est donnée aux protestants: «Les malades réclamant l'admission sont tenus d'apporter une recommandation par écrit du pasteur de leur paroisse.»<sup>116</sup> On cherche aussi à préserver la morale en décidant que «l'introduction de livres dans l'établissement est interdite»<sup>117</sup>. Le service infirmier est assuré par les diaconesses de Saint-Loup (1859-1864) puis celles de Berne (dès 1864). Le Dr Victor Gautier est médecin-chirurgien de la maison de 1859 à sa mort en 1890. Il soigne gratuitement les malades dans les premières années<sup>118</sup>. L'hôpital devient rapidement populaire. Un agrandissement porte la capacité d'accueil à 49 lits, distribués dans 10 chambres (1864). En hiver, les enfants de la maison de Miolan, ouverte par les époux Butini en 1854, font leur convalescence dans cet établissement et s'avèrent rapidement une importante source de recrutement pour l'infirmierie. Le nombre de malades est en croissance régulière, passant de 170 en 1860 à 399 en 1890. L'Infirmierie Butini se montre même concurrente à ses débuts de l'Hôpital cantonal, dont le nombre d'hospitalisations est en diminution entre 1859 et 1862.

A la mort du Dr Gautier (1890), le service médical est divisé en deux. Le Dr Léon Gautier<sup>119</sup>, fils du précédent, est nommé responsable de la médecine et le Dr Ernest Kummer<sup>120</sup> responsable de la chirurgie. A cette occasion, une salle d'opérations est aménagée. Les années 1890-1914 sont

<sup>113</sup> Voir NAVILLE 1963, ainsi que les documents sur cet établissement conservés au Musée d'Histoire des Sciences de Genève.

<sup>114</sup> Victor Gautier (1824-1890): médecin-chef de l'Infirmierie de Plainpalais (1859-1890).

<sup>115</sup> Musée d'Histoire des Sciences, SM, Dos. 17, Léon Gautier, *L'hôpital Butini 1890-1895*, Genève, Kündig, 1895, p. 5 (rapports du service de médecine).

<sup>116</sup> BPU-Genève, Gf 410 Inf-Pla, *Règlement de l'infirmierie des diaconesses située à Plainpalais, rue du Vieux pont d'Arve*, s.d.

<sup>117</sup> Ibidem.

<sup>118</sup> Selon une annonce parue dans un journal non identifié. Musée d'Histoire des Sciences, SM, 18.

<sup>119</sup> Léon Gautier (1853-1916): médecin-chef du service de médecine de l'Infirmierie de Plainpalais (1890-1914), député et historien de la médecine.

<sup>120</sup> Ernest Kummer (1861-1933): médecin-chef du service de chirurgie de l'Infirmierie de Plainpalais (1890-1914), professeur à la Faculté de médecine (1910).

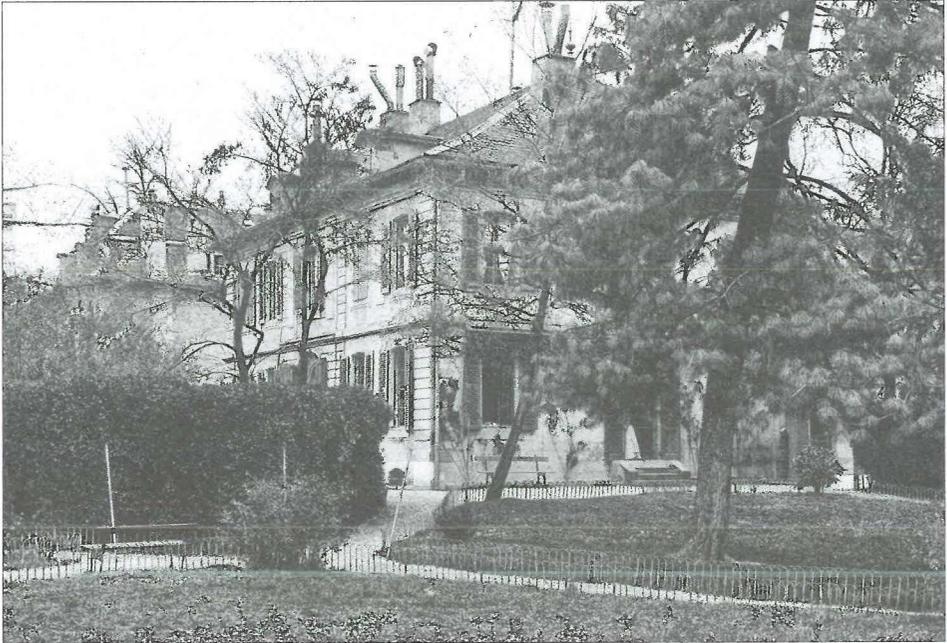


Figure 21: Photo tirée de *L'Hôpital de Butini 1859-1909, Genève, 1911*.

L'Infirmerie Butini dans les années 1900. De petite taille, cet établissement est relativement compétitif avant que l'infrastructure médico-technique n'envahisse l'hôpital. Dès les années 1900, il devient difficile de concurrencer l'Hôpital cantonal en pleine expansion.

l'époque de gloire de l'Infirmerie Butini, qui hospitalise jusqu'à 505 malades en 1893 et atteint une moyenne de plus de 418 malades pour ces années<sup>121</sup>.

Mais, dès 1900, la concurrence de l'Hôpital cantonal se fait de plus en plus rude, avec l'ouverture de la nouvelle maternité (1906) et de la clinique infantile (1910), ainsi que le départ du Dr Kummer, nommé professeur à la Faculté en 1910. Après 1914, l'Infirmerie Butini est en déclin et se dirige vers une gériatrisation précoce.

#### *L'Infirmerie du Prieuré (1876-1909)*<sup>122</sup>

Une maison de convalescence est ouverte en 1871 au Petit Saconnex par des personnalités évangélistes, parmi lesquelles on trouve les époux

<sup>121</sup> 1890-1914, sauf les années 1896-1909 et 1914. NAVILLE 1963.

<sup>122</sup> Voir FATIO 1950, ainsi que BPU-Genève, Gf 410.

Butini. Ces derniers versent 2'000 francs au départ de l'institution (soit 41.3% des ressources totales) et 4'000 francs en 1873 pour couvrir le déficit annuel. Rapidement, les Butini désirent donner plus d'ampleur à ce projet et en faire un équivalent pour hommes de l'infirmerie pour femmes et enfants de Plainpalais. Ils rachètent le domaine du Prieuré aux Pâquis pour une somme de 70'000 francs et le mettent à disposition du comité. Les nouveaux locaux sont ouverts en 1876. Le Dr Constant Picot<sup>123</sup> pratique gratuitement durant toutes ses années de service (1873-1909) et donne des consultations aux indigents des Pâquis.

L'Infirmerie du Prieuré ne parvient pas à se développer suffisamment et connaît des difficultés dans les années 1890. Le nombre d'hospitalisés passe de 251 en 1880 à un maximum de 375 en 1887, puis stagne en-dessous de 300. Malgré le déménagement aux Pâquis, on ne parvient pas à assurer des ressources externes à la philanthropie : les dons représentent 88.3% des recettes en 1871 et 88.5% en 1888. Lorsque les dons baissent, comme en 1897 (35.2% des recettes), l'institution est en déficit (26'000 francs cette année-là).

La concurrence de l'Hôpital cantonal se fait sentir au tournant du siècle, et en 1909 l'Infirmerie du Prieuré pour hommes est fermée. Ses bâtiments, ainsi qu'une somme de 500'000 francs, sont donnés par Caroline Barbey-Boissier, héritière des époux Butini, au Bureau central de bienfaisance, pour en faire une maison pour femmes incurables. Les bâtiments sont transformés et ouverts en 1911. On a 33 lits en 1912, puis 58 en 1915.

#### *La Maison Gourgas pour enfants malades de 1869 à 1914*<sup>124</sup>

Cet établissement a des origines très semblables à celles de l'Infirmerie Butini de Plainpalais. C'est aussi une critique virulente de l'Hôpital cantonal qui en est à la base. En 1869, une dame Vernet et le Dr André Duval<sup>125</sup> lancent l'idée d'un hôpital privé pour enfants afin de les soustraire à la promiscuité néfaste de l'Hôpital cantonal. Ce projet attire rapidement les foudres de l'Infirmerie Butini, créée dix ans auparavant et s'occupant aussi d'enfants : entre 1870 et 1872, on y reçoit 336 enfants parmi un total de 647 malades (soit 51.9% des hospitalisés). Quant aux autorités cantonales, elles demandent qu'on ouvre plutôt un hospice pour incurables.

<sup>123</sup> Constant Picot (1844-?) : médecin de l'Infirmerie du Prieuré (1873-1909).

<sup>124</sup> Voir REVILLIOD 1923.

<sup>125</sup> André Duval (1828-1887) : médecin-chef de Gourgas (1872-1885), fondateur de la Société protectrice de l'enfance et de l'Union nationale évangélique, député et historien de la médecine.

bles ou pour convalescents. Elles sont bien en faveur d'un hôpital pour enfants, mais sous l'égide et le contrôle de l'Hôpital cantonal.

Cette opposition n'empêche pas l'ouverture de la Maison Gourgas pour enfants malades en 1872. Dirigé par la fondatrice jusqu'à sa mort (1877)<sup>126</sup> et les Drs Duval et Maunoir<sup>127</sup>, cet établissement connaît rapidement le succès, notamment grâce à son traitement de la diphtérie et du croup: «Les résultats que nous avons obtenus dans le traitement du croup ont été, en résumé, assez brillants pour qu'on nous ait confié des enfants de familles aisées.»<sup>128</sup> Il faut aussi compter avec la collaboration des médecins de la ville qui jouerait en faveur du développement de la maison dans les années 1870: ceux-ci enverraient à Gourgas les enfants atteints de diphtérie, et notamment ceux qui doivent subir une opération de trachéotomie<sup>129</sup>. L'hôpital est agrandi en 1878 (32 lits), et un pavillon de diphtériques est établi au début des années 1880. Les enfants atteints de diphtérie représentent la catégorie la plus importante de malades. Pour la période 1872-1877, sur un total de 483 malades, on en dénombre 55 cas (soit 11.4%)<sup>130</sup>.

Institution privée, la Maison Gourgas connaît des difficultés de financement malgré ces succès. Il n'y a aucune subvention publique et beaucoup d'enfants sont admis gratuitement (plus de la moitié en 1884). L'agrandissement de 1877 n'est d'ailleurs possible que grâce à l'organisation d'une kermesse spéciale. A la fin des années 1880, une crise de croissance se traduit par la démission des deux médecins et le départ du personnel laïc. On affirme en 1886 que «la continuation de son activité dépend plus que jamais du degré d'appui qu'elle trouvera auprès du public»<sup>131</sup>. Une nouvelle vente est organisée en 1887 et rapporte près de 20'000 francs qui servent à éponger les déficits accumulés au cours des années précédentes. L'année 1886 voit l'arrivée de deux nouveaux médecins à la tête de l'établissement issus des milieux protestants philanthropiques, les Drs Edouard Martin<sup>132</sup>, médecin-chef, et Eugène Revilliod<sup>133</sup>. Des diaconesses de Saint-Loup sont appelées à s'occuper du service hospitalier en 1887. Elles sont cinq en 1893.

<sup>126</sup> Suite à son décès, on observe une réorganisation administrative, avec notamment la création d'un comité de direction de cinq membres et d'un comité auxiliaire de dames.

<sup>127</sup> Paul Maunoir (1835-1909): médecin adjoint à Gourgas (1877-1885).

<sup>128</sup> Musée d'histoire des Sciences, SM, Dos. 15, Rapport d'activité 1872-1877.

<sup>129</sup> REVILLIOD 1923, p. 7.

<sup>130</sup> Les autres cas les plus nombreux sont durant cette période les bronchites aiguës (41 cas, soit 8.5%), les broncho-pneumonies (30, 6.2%), les blépharites (28, 5.8%), les ophtalmies scrofuleuses (28, 5.8%), les «alimentations insuffisantes» (26, 5.4%) et les coqueluches (25, 5.2%).

<sup>131</sup> Musée d'histoire des Sciences, SM, Dos. 15, Rapport d'activité 1886, p. 2.

<sup>132</sup> Edouard Martin (1844-1931): médecin-chef de Gourgas (1886-1930), fondateur de l'Asile Pinchat et député.

<sup>133</sup> Eugène Revilliod (1857-1931): médecin adjoint à Gourgas (1886-1930), membre de la Commission administrative de l'Hôpital cantonal, député et président de l'Union nationale évangélique.

Ces changements permettent de dynamiser l'institution et d'améliorer son infrastructure. De nouveaux pavillons d'isolement pour scarlatineux sont aménagés en 1892-1893 et portent la capacité d'accueil de la maison à 52 lits. En 1897, un bâtiment pour le service de consultations est édifié et devient rapidement très populaire: on compte 518 consultations en 1898 et 890 en 1900. L'un des pavillons est agrandi en 1902 et un nouveau consacré à la chirurgie est ouvert en 1908. Il y a alors une capacité de 70 lits. Le Dr Martin offre une installation de rayons X en 1909. Enfin, l'année 1912 voit l'installation d'un laboratoire et l'agrandissement du pavillon de scarlatine.

Ce développement généralisé se traduit par une croissance des hospitalisations. Le nombre de malades dépasse le seuil des 200 pour la première fois en 1886 (248 malades) et augmente régulièrement: 353 en 1890; 500 en 1900; 669 en 1909. Mais cette croissance a aussi un coût. La situation financière de Gourgas reste instable et très dépendante de la générosité du public et de l'organisation sporadique de ventes. Les hospitalisations sont encore largement gratuites. Pour la période 1898-1914, on ne compte que 22% de journées payantes. Alors que le compte de réserve n'est plus que de 8'709 francs en 1894 et 7'524 francs en 1895, la vente de 1897 rapporte plus de 71'000 francs, ce qui permet une importante mise en réserve et la construction du bâtiment pour les consultations. Quant au pavillon chirurgical ouvert en 1908, il revient à plus de 123'000 francs et se voit couvert à 79% par des dons.

*Ressources de la Maison Gourgas, en % (1895-1914)<sup>134</sup>.*

	1895	1900	1905	1910	1914
Autofinancement	2.0	12.4	20.8	16.0	11.7
Dons et legs	74.2	71.6	69.8	62.9	57.9
Pensions de malades	23.8	14.7	9.4	21.1	29.9
Divers	0.0	1.3	0.0	0.0	0.5

L'évolution de la structure des ressources montre combien le financement privé est essentiel mais en baisse continue. Outre l'autofinancement, très variable, car dépendant de la composition des actifs<sup>135</sup>, il faut noter

<sup>134</sup> Musée d'Histoire des Sciences, SM, Dos. 15 et Musée d'ethnographie, Collection Amoudruz, Gev 146.

<sup>135</sup> Seule la fortune en capitaux rapporte des intérêts utilisés pour l'exploitation de l'hôpital. Lorsqu'une partie de ces capitaux sert à l'amélioration de l'infrastructure (pavillons, etc.), comme c'est le cas à Gourgas à plusieurs reprises entre 1895 et 1914, la part de l'autofinancement dans les recettes d'exploitation s'en trouve diminuée.

l'importance croissante des paiements de pensions de la part de malades. Le développement médical de Gourgas lui fait perdre ainsi sa vocation philanthropique première et attire de plus en plus de malades non indigents.

*L'Hôpital ophtalmique Rothschild de 1874 à 1914*<sup>136</sup>

L'Hôpital ophtalmique Rothschild naît de la rencontre entre le baron Adolphe de Rothschild et le Dr Auguste Barde<sup>137</sup>, ophtalmologue qui a ouvert une clinique privée à Genève en 1869. Cet établissement, ouvert en 1874, est entièrement financé par le baron, qui en assure seul la surveillance<sup>138</sup>, jusqu'à sa mort en 1900. Après cette date, l'hôpital devient une fondation chargée de gérer le legs du baron<sup>139</sup>. Jusqu'en 1914, cette source de revenus permet à elle seule d'assurer le fonctionnement de l'institution.

L'hôpital est dirigé par le Dr Barde jusqu'à sa mort en 1914. Un premier assistant est nommé en 1879. Il y a alors deux infirmières pour seconder les médecins. En 1911, on note la présence de treize employés laïcs, d'une secrétaire et d'un économiste.

L'hôpital est entièrement gratuit pour les indigents et ouvert à tous, sans différence de religion ou de nationalité. Il existe à la fois un service de consultations ambulatoires et des hospitalisations pour les cas nécessitant une intervention (20 lits). Une annexe pour enfants est ouverte en 1887: «Il est absolument nécessaire, dans la majorité des cas graves, de les soustraire à l'influence déplorable de leur milieu aussi bien qu'à la tendance peu éclairée de leurs parents.»<sup>140</sup> Le nombre d'enfants de moins de 15 ans passe ainsi de 24.2% en 1880 à 37.4% en 1890. Un second agrandissement est fait en 1900 et une nouvelle salle d'opérations installée en 1905.

L'Hôpital Rothschild devient très rapidement populaire et le nombre d'hospitalisations double pratiquement durant les vingt premières années d'existence: on compte 286 malades en 1875 et 536 en 1894. Le service de consultations connaît le même succès et la même croissance. Le nombre de patients passe de 1'124 en 1875 à 2'826 en 1894. On attire beaucoup de

<sup>136</sup> Voir VAUCHER 1982.

<sup>137</sup> Jules-Auguste Barde (1841-1914): privat-docent à la Faculté de médecine et président de la Société médicale de Genève (1882).

<sup>138</sup> Les rapports annuels ne comportent que des données médicales et sont adressés personnellement au baron: ils sont généralement intitulés *Rapport du Dr Barde au baron Adolphe de Rothschild sur...*

<sup>139</sup> Soit une rente annuelle de 30'000 francs (augmentée par la suite à 80'000 francs), divers biens mobiliers et immobiliers, ainsi qu'une somme de 525'000 francs.

<sup>140</sup> AEG, AP 45/10, Rapport d'activité 1883-1888, p. 4.



Figure 22: *Archives de La Source, Lausanne.*

L'ouverture de l'Hôpital Rothschild à un moment où l'on débat de la forme à donner à la Faculté de médecine retarde pour longtemps la création d'une Clinique ophtalmique dans le cadre de l'Hôpital cantonal (1910). L'enseignement de l'ophtalmologie se donnera de manière informelle par deux privat-docent, les Drs Barde et Haltenhoff, respectivement à l'Hôpital Rothschild et dans une clinique privée, avant que la chaire ne soit confiée au second<sup>141</sup>.

patients étrangers, notamment de France voisine: les frontaliers représentent 55% des patients en 1890. Le Dr Barde accroît la renommée de Rothschild en y donnant des cours d'ophtalmologie (1876-1893) et en y développant des activités de recherche dans le laboratoire vers 1900<sup>142</sup>.

Les années 1900 annoncent la rude concurrence de la Faculté de médecine et de l'Hôpital cantonal. Une chaire extraordinaire d'ophtalmologie est créée en 1891 (chaire ordinaire en 1903) et confiée au Dr Georges Haltenhoff<sup>143</sup> qui enseigne dans son cabinet de consultations. Une Clinique ophtalmique est ouverte en 1910. On y dénombre en 1913 l'hospitalisation de 96 malades et des consultations données à 1'322 patients ambulatoires. Rothschild ressent durement cette nouvelle concurrence. Le nombre d'hospitalisations chute à 476 en 1914 et surtout on observe un repli sur la clientèle frontalière, qui représente 83% des malades en 1913.

<sup>141</sup> Voir RIEDER à paraître.

<sup>142</sup> Le rapport du directeur pour 1901-1902 demande en effet qu'on construise un nouveau local pour «les animaux qui servent aux expériences.» AEG, AP, 45/3.

<sup>143</sup> Georges Haltenhoff (1843-1915): ophtalmologue, il possède une clinique privée et un dispensaire.

*Philanthropes lausannois et hôpitaux privés*

A Lausanne, il n'existe pas d'opposition entre l'Etat, sa Faculté de médecine et son Hôpital cantonal, et l'élite conservatrice mettant en place son propre réseau philanthropique. Bien au contraire, il existe de très forts liens entre institutions cantonales et privées. Il est alors commun de voir des professeurs de l'Hôpital cantonal siéger dans les conseils d'administration d'établissements philanthropiques ou d'assister à des carrières médicales fondées sur le passage d'un hôpital privé à une clinique universitaire. L'ensemble des liens tissés entre les élites médicales lausannoises dépasse d'ailleurs le cadre strict de l'hôpital, puisque ce sont les mêmes hommes qui fondent la plupart des cliniques privées, ainsi que de nombreuses institutions à caractère social et éducatif. La « Mécène médicale » lausannoise de la Belle Epoque est d'abord le reflet de réseaux sociaux très denses.

*L'Asile des aveugles,  
une fondation philanthropique devenue clinique universitaire (1843-1910)<sup>144</sup>*

Fondation philanthropique par excellence à son origine, l'Asile des aveugles doit sa création en 1843 à la rencontre du Dr Frédéric Recordon<sup>145</sup>, qui s'occupe alors d'un petit dispensaire pour indigents qui ont des problèmes d'yeux, et d'un aristocrate anglais séjournant à Lausanne, William Haldimand<sup>146</sup>. L'Asile comprend à son ouverture un institut (école pour aveugles), un hôpital (avec une division commune en dortoirs pour indigents et des chambres privées pour la clientèle aisée), ainsi qu'un service de consultations gratuites.

Dans un premier temps (1843-1873), l'Asile est une fondation philanthropique traditionnelle. Agrandi une première fois en 1849 et augmenté d'un atelier pour aveugles en 1857, l'établissement reste de taille limitée. Le nombre d'hospitalisations se monte à 122 en 1850, 201 en 1860 et 281 en 1870. L'assemblée des donateurs (organe législatif de l'institution) ne compte que 52 membres en 1862, parmi lesquels la reine d'Angleterre. Au niveau financier, l'Asile dépend pour l'essentiel de dons, qui permettent une augmentation considérable de la fortune (d'un peu plus de 65'000 francs en 1860 à plus de 730'000 francs en 1910) et donc un taux croissant d'autofinancement. Haldimand lui-même joue un rôle central dans le

<sup>144</sup> Voir BOLLI 1944 et CLAVEL & CHAUSSON 1993.

<sup>145</sup> Frédéric Recordon (1811-1889): médecin de l'Asile des aveugles (1843-1880), chef du Service sanitaire vaudois (1857-1885) et professeur à l'Académie (1862-1874).

<sup>146</sup> Voir note 111, p. 100.

*Ressources financières de l'Asile des aveugles de Lausanne, en % (1850-1910).*

	1850	1860	1870	1880	1890	1900	1910
Ressources propres	5.1	13.0	46.7	43.1	44.2	32.2	21.2
Pensions hôpital	7.9	3.1	1.0	9.4	18.2	32.8	14.9
Pensions école	6.7	13.2	6.3	8.6	10.9	12.6	4.8
Dons	80.3	70.7	46.0	38.9	26.7	22.4	59.1

financement: entre 1845 et 1861 (il meurt en 1862), c'est lui qui essuie les déficits annuels. Le total de ses dons à l'Asile des aveugles se monte à plus d'un million de francs<sup>147</sup>. Enfin, malgré l'existence de divisions hospitalières privées, les pensions de malades sont presque négligeables avant 1880 et souvent bien moins importantes que les pensions payées par les élèves de l'institut.

Dans un second temps (1873-1910), l'Asile connaît une phase de fort développement de sa division hospitalière. Les changements s'amorcent en 1869, avec la décision de construire un nouvel hôpital, inauguré en 1873, et l'engagement d'un second médecin, le Dr Marc Dufour. Ces nouveaux bâtiments permettent une croissance de la capacité d'accueil et les hospitalisations se montent désormais à plus de 500 par année (539 en 1870; 570 en 1890; 559 en 1900; 546 en 1910). La policlinique connaît aussi un grand succès, puisque le nombre de consultations se monte à 5'045 en 1880 et 13'000 en 1910 (soit une hausse de 158%). Mais le fait important de cette époque est l'intégration de la division hospitalière à la nouvelle Faculté de médecine. L'engagement du Dr Dufour en faveur de la création de cette Faculté n'est pas étranger à l'ouverture d'une chaire d'ophtalmologie à l'Asile des aveugles et la nomination de Dufour comme professeur (1890). Ce nouveau statut permet une importante médicalisation de l'institution, qui se remarque notamment à l'augmentation du personnel qualifié. Devenu médecin-chef en 1880, le Dr Dufour obtient du comité la création de postes de médecin-adjoint (1885), de médecin chargé de la policlinique (1892) et de second adjoint (1901). Les médecins sont secondés dans leur travail par les diaconesses de Berne depuis 1892. Enfin, on remarque une grande croissance des activités non-hospitalières. De nouveaux ateliers sont construits en 1890 et on ouvre deux asiles pour vieillards aveugles (1894 et 1910). Conséquence de ce développement, le travail administratif ne peut plus être assumé par le seul directeur. Un secrétaire-comptable est engagé en 1882.

<sup>147</sup> Selon CLAVEL & CHAUSSON, p. 19.

Mais l'ouverture du nouvel hôpital et le développement de l'institution amènent leur lot de soucis financiers, car il devient difficile de faire face aux dépenses croissantes dans le cadre strictement philanthropique. Même si quelques gros dons sont sporadiquement enregistrés, provenant entre autres de la riche clientèle étrangère privée du Dr Dufour<sup>148</sup>, il faut chercher désormais de nouvelles ressources. On met un terme à la gratuité accordée aux indigents en 1881, mesure efficace puisque les pensions de malades rapportent près de 13'000 francs en 1890 contre un peu plus de 5'800 francs en 1880, et deviennent l'une des principales sources de revenus de la maison. Dans le même esprit, on supprime en 1887 les chambres particulières et décide de ne plus accepter que les seuls indigents, afin de promouvoir l'aspect charitable de l'institution et de tenter d'attirer de nouveaux dons. Ce repositionnement dans le système hospitalier cherche à éviter « le risque de faire tarir la source de la charité publique sans laquelle l'établissement ne peut pas marcher »<sup>149</sup>. A la mort de Dufour (1910), l'Asile des aveugles est devenu un haut-lieu de la médecine lausannoise, malgré des difficultés avec la Faculté de médecine qui cherche pour un temps à centraliser l'enseignement à l'Hôpital cantonal (création d'une Clinique ophtalmologique et nomination du Dr Eperon au poste de professeur, 1910-1920).

### *Médecine et éducation à l'Hospice de l'Enfance de 1861 à 1910*

L'Hospice de l'Enfance est fondé par les époux Aimé et Caroline Steinlen-Germond<sup>150</sup>, fille du pasteur Louis Germond, fondateur de la maison de diaconesses de Saint-Loup. Destiné aux enfants lausannois atteints d'une maladie curable, l'hospice s'ouvre dans une maison particulière en 1861 et ne compte que deux chambres et 22 lits. Le service médical est assuré gratuitement par un médecin qui change chaque année et c'est Mme Steinlen, ancienne diaconesse, qui se charge des soins infirmiers.

Le but de l'établissement n'est pas seulement de guérir les enfants malades mais de les sortir de leur milieu social considéré comme néfaste et de leur donner une éducation stricte et religieuse qui doit leur faire accepter leur situation. Après la présentation du rapport médical, le comité expose son point de vue en 1868 :

<sup>148</sup> En 1893, on enregistre un legs de 200'000 francs d'un industriel russe, Alexandre Beckers, petit-fils du pasteur Mayor, qui fonda à Moscou la première église protestante francophone de Russie, ainsi qu'un don de 40'000 francs du baron Gruyer de Montpellier.

<sup>149</sup> Fondation de l'Asile des aveugles, Rapport annuel, 1887, p. 24.

<sup>150</sup> Aimé Steinlen (1821-1862): précepteur, professeur de littérature à Berne et à Lausanne. Caroline Steinlen (?-?): son épouse, fille du pasteur Louis Germond, diaconesse dans ses jeunes années.

«A côté de ces résultats physiques, on peut en constater dans l'ordre moral de non moins intéressants. Les enfants respirent dans notre établissement une atmosphère de paix et de joie; ils apprennent à prier et à chanter les louanges du Seigneur. En même temps que nos diaconesses travaillent au rétablissement de leur santé, elles enseignent à ces chers petits malades, appelés souvent à beaucoup de privations, la source des consolations et de la vraie richesse.»<sup>151</sup>

L'institutrice engagée en 1874 est une ancienne candidate au noviciat de diaconesse que sa «santé ne permet pas de continuer»<sup>152</sup>. Dans ce contexte, on comprend mieux l'engagement des milieux philanthropiques protestants dans cette œuvre. L'Hospice de l'Enfance perpétue le rôle dominant des élites conservatrices dans la société et permet une confrontation directe avec les classes populaires. En 1865, «le Comité autorise exceptionnellement l'admission de l'enfant de Genève présenté par M. Butini. Il le fait en considération de la sympathie que nos concitoyens de Genève nous ont témoignée, et des places qui restent encore disponibles dans notre dortoir»<sup>153</sup>. L'année suivante, Butini fait un don de 500 francs.

L'essentiel des revenus de l'institution est fait de dons (91.1% en 1863; 89.6% en 1880; 79.8% en 1900). Les enfants pauvres sont admis gratuitement, alors qu'en ce qui concerne les autres, «il sera laissé à la Directrice de l'hospice une certaine latitude pour régler au mieux la pension de ceux des enfants dont les parents seraient trop pauvres pour s'acquitter de la totalité de la pension fixée aux règlements [0.5 frs]»<sup>154</sup>. Les pensions occupent une part très faible des revenus avant 1890 (6.4% en 1863; 5.4% en 1880). Le bâtiment s'avère bientôt trop petit et un nouvel hôpital est inauguré en 1865 grâce «à la générosité des amis des enfants pauvres»<sup>155</sup>, parmi lesquels les frères Charles et Edmond Dapples<sup>156</sup>, qui assurent l'essentiel du financement.

Au niveau purement médical, le poste de médecin est attribué à un seul praticien rétribué en 1867; il est occupé jusqu'en 1888 par le Dr François Joël<sup>157</sup>, lequel instaure un système de consultations gratuites. La direction infirmière dépend de diaconesses de Saint-Loup dès 1870. Le

<sup>151</sup> Hôpital de l'Enfance, Rapport annuel, 1868, pp. 4-5.

<sup>152</sup> Hôpital de l'Enfance, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 5 novembre 1874.

<sup>153</sup> Ibidem, 5 juin 1865.

<sup>154</sup> Ibidem, 20 mai 1863.

<sup>155</sup> Hôpital de l'Enfance, Rapport annuel, 1868, p. 3.

<sup>156</sup> Edmond Dapples (1808-1887): inspecteur forestier, conseiller communal à Lausanne, syndic (1842-1848 et 1857-1867) et conseiller national. Charles Dapples, son frère, est pasteur.

<sup>157</sup> François Joël (1821-1893): vice-président du Conseil de Santé, médecin-chef de l'Hospice de l'Enfance (1868-1887) et membre du comité de l'Hospice orthopédique (1876-1877).



Figure 23: *Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne.*

A l'origine, cet établissement cherche à donner une nouvelle chance aux enfants malades des classes populaires: « Ces pauvres petits invalides sont en général mal soignés dans leurs familles, par suite des mauvais logements et des conditions hygiéniques défectueuses, par suite de la gêne ou des occupations externes des parents, souvent aussi de leur négligence et de leur peu de discernement. »<sup>158</sup>

développement médical prend une nouvelle ampleur avec l'arrivée du Dr Victor Mercanton<sup>159</sup>, médecin à l'Hôpital cantonal (1888) et l'ouverture la même année d'un dispensaire, suite à sa suppression à l'Hôpital cantonal (1884). Ce service est remis entre les mains d'un second médecin, le Dr Adolphe Combe<sup>160</sup>, mais souffre rapidement de la concurrence du Dispensaire central, puis de la Polyclinique universitaire, ouvert en 1889: le dispensaire de l'Hospice de l'Enfance atteint son maximum de consultations (6'907) l'année de son ouverture. Par la suite, le nombre de consultations se stabilise aux alentours de 4'000 par an. Les hospitalisations sont aussi très stables et se situent vers 220 par an dès les années 1880. Au niveau financier, la période Mercanton se caractérise par un recours crois-

<sup>158</sup> Hôpital de l'Enfance, Rapport de 1861-1862, p. 1.

<sup>159</sup> Victor Mercanton (?-1910): médecin au service de chirurgie de l'Hôpital cantonal (1883-1890), médecin-chef de l'Hospice de l'Enfance (1888-1910), membre du conseil d'administration de La Source (1890-1910).

<sup>160</sup> Adolphe Combe (1859-1917): professeur de pédiatrie à la Faculté de Lausanne (1898-1917).

sant aux pensions de malades: celles-ci atteignent 15.9% des ressources en 1890 et 29.1% en 1910. En l'absence de dons importants (avant 1900, la fortune ne dépasse jamais 30'000 francs), on reporte l'essentiel du coût de la croissance sur les malades.

Il y a donc une grande stabilité dans le fonctionnement médical de l'institution. A la mort du Dr Mercanton (1910), l'Hospice de l'Enfance entre dans une phase de mutation qui va en faire un important établissement médicalisé bien intégré dans le système hospitalier lausannois.

*L'Hospice orthopédique de la Suisse romande de 1876 à 1920*<sup>161</sup>

Installé à Lausanne en 1871, le Dr Henri Martin<sup>162</sup> travaille comme orthopédiste à l'Hospice de l'Enfance au début des années 1870. Il n'y a alors que trois lits à sa disposition et il décide en 1876 de créer son propre hospice dans une maison de maître (huit lits). L'hospice est transféré en 1878 dans une nouvelle villa, agrandie en 1891. Le Dr Martin est médecin-chef et directeur de son hospice jusqu'en 1892. En effet, il décide, suite à l'accroissement de la capacité d'accueil, de ne plus s'occuper que de la direction médicale de l'hospice et remet la direction matérielle entre les mains de diaconesses (1892-1894), puis d'infirmières de La Source.

L'Hospice est une fondation philanthropique dépendant d'un financement privé. Pour la période 1876-1896, le total des dons se monte à 173'720 francs. Cet argent provient à 56.0% du canton de Vaud et à 35.5% de celui de Genève. Durant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, on observe notamment une grande participation de la famille du Dr Martin, aussi active dans la philanthropie genevoise.

L'hospice devient un véritable établissement médicalisé avec l'arrivée du Dr Placide Nicod<sup>163</sup> comme assistant en 1901 et médecin directeur à la retraite du Dr Martin (1905). Avec lui s'ouvre l'ère de la thérapeutique chirurgicale et de l'intégration dans le système hospitalier lausannois. L'utilisation de méthodes chirurgicales nuit dans un premier temps aux bons rapports avec la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal, qui désire garder la haute main sur cette discipline. Pour pratiquer, Nicod doit développer un service d'orthopédie à la Clinique Bois-Cerf (1906) et fonde son propre institut de physiothérapie (1911). Cela ne défavorise pourtant pas un rapprochement avec la Faculté de médecine: Nicod est nommé

<sup>161</sup> Voir CENTIÈME 1976.

<sup>162</sup> Henri Martin (1842-1914): cousin du médecin genevois Edouard Martin, fondateur de l'Asile de Pinchat.

<sup>163</sup> Placide Nicod (1876-1953): médecin directeur de l'Hospice orthopédique (1905-1948), privat-docent (1913-1931) et professeur extraordinaire (1931-1947) à la Faculté de médecine.

*Ressources financières de l'Hospice orthopédique, en % (1878-1911).*

	1878	1902	1911
Ressources propres	6.0	1.5	4.3
Pensions	24.1	57.3	84.3
Dons	69.9	41.2	11.4

privat-docent d'orthopédie en 1913 et deviendra professeur durant l'Entre-deux-guerres.

*Les hôpitaux régionaux vaudois, fruits du Réveil protestant (1850-1914)*

A l'origine de plusieurs des hôpitaux régionaux vaudois, on retrouve quelques grands noms de la philanthropie romande, parmi lesquels les familles Butini et Germond qui sont directement à l'origine des infirmeries de Saint-Loup (1852) et d'Yverdon (1856). A Yverdon, Butini met à disposition ses deniers en faveur de la création d'une infirmerie à la tête de laquelle on trouve le pasteur Louis Germond<sup>164</sup>. Son fils Louis<sup>165</sup> est aussi actif dans la philanthropie hospitalière, puisqu'il est membre du comité de l'infirmerie de Rolle dans les années 1870.

L'apparition d'hôpitaux régionaux dans le canton de Vaud au cours du second XIX<sup>e</sup> siècle est donc le fait d'un regain de religiosité dans le cadre d'une société en pleine mutation. Et, même si l'on affirme souvent, comme à Yverdon, que la création des infirmeries est notamment due à «l'augmentation de la population de la ville et principalement de la population ouvrière»<sup>166</sup>, il ne faut pas s'y méprendre: ces institutions ne sont pas porteuses de l'idéal positiviste et moderniste du XIX<sup>e</sup> siècle. On a plutôt affaire à une idéologie réactionnaire qui vise par une action sociale très poussée, essentiellement auprès des classes populaires en voie de prolétarianisation, à maintenir en place l'ordre social ancien. Ainsi, lorsque l'infirmerie d'Aigle est créée en 1867 en invoquant le fait que «la majeure partie de la population du District se trouve éloignée des médecins et des pharmaciens»<sup>167</sup>, c'est autant l'encadrement des classes populaires qu'on cherche à assurer qu'un accès démocratisé et étendu à la médecine et aux

<sup>164</sup> Pour l'exercice février 1857-mars 1858, l'hôpital encaisse un total de 5'017 francs, dont 72% proviennent directement de Butini et le solde d'autres dons privés (13%) et des pensions des hospitalisés (15%).

<sup>165</sup> Louis Germond (1825-1884): fils de Louis Germond, pasteur de l'Eglise libre et fondateur d'une école pour jeunes filles.

<sup>166</sup> *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique*, 1858, p. 162.

<sup>167</sup> BCU-Lausanne, Rapport annuel de l'Hôpital d'Aigle, 1870, p. 3.

soins. C'est aussi dans ce sens qu'il faut interpréter la prédominance des notables traditionnels (syndics, hommes de loi, pasteurs, etc.) dans les organes administratifs des infirmeries à leur fondation. La religion occupe une place importante et joue un rôle particulier dans l'infirmerie: l'indigent hospitalisé doit accepter son sort face à la maladie et sa position d'infériorité dans la société comme résultant de la volonté divine. Ainsi, on fait inscrire les mots suivants sur les murs de l'Hôpital de Rolle: «C'est l'Éternel qui fait mourir et qui fait vivre, qui fait descendre au sépulcre et qui en fait remonter.»<sup>168</sup>

*Les infirmeries régionales vaudoises à leurs débuts (1850-1880)*

C'est dans ce contexte philanthropique que se créent 16 infirmeries locales dans le canton de Vaud entre 1852 (Saint-Loup) et 1893 (Romainmôtier<sup>169</sup>). On observe une répartition géographique sur tout le territoire, puisque seules sept d'entre elles sont ouvertes sur la côte lémanique. Le territoire vaudois se couvre très rapidement d'infirmeries: trois sont fondées dans les années 1850, quatre dans les années 1860, six dans les années 1870, une dans les années 1880 et deux dans les années 1890. Pourtant, cette chronologie est plus le fruit du hasard que le reflet d'un développement socio-économique régional diachronique. En effet, l'initiative est totalement laissée aux privés, malgré une timide intervention de l'Etat dans les années 1870. Ainsi, en l'absence de tout plan d'ensemble, on va dépendre de la générosité des notables. La création d'une infirmerie découle en effet dans la majorité des cas d'un legs ou d'un don de la part des bonnes familles locales: à Aigle, l'infirmerie est fondée sous l'impulsion de l'épouse du colonel Aloïs de Loës, syndic de la commune; à Cully, l'hôpital trouve son origine dans le legs de Félicie Fauquex (1878), provenant d'une des grandes familles libérales parmi les plus riches propriétaires terriens du Lavaux; enfin, à Orbe, c'est l'ancien syndic Georges de Thienne qui lègue à la ville en 1871 un bâtiment et 25'000 francs en faveur d'une infirmerie.

On a alors affaire à de très petits établissements qui donneront naissance en se développant à de véritables institutions médicales, les hôpitaux régionaux. A leur origine, une majorité d'infirmeries s'ouvrent dans des

<sup>168</sup> Cité par Henri Germond, *Journal de la Société vaudoise d'utilité publique*, 1876, p. 222.

<sup>169</sup> A Romainmôtier, on a affaire à un cas un peu particulier, car cette infirmerie n'est pas privée mais gérée directement par le Conseil d'Etat (Service des Hospices). Sa fondation provient d'une importante donation en faveur d'une infirmerie faite à l'Etat par Georges Contesse (1832-1882), notable radical de Romainmôtier (syndic, président du tribunal d'Orbe, conseiller national). L'Etat ouvre en 1893 un petit établissement dans l'ancienne maison du notable où exercent un médecin et des infirmiers laïcs.

bâtiments d'habitation privés (Aigle, Aubonne, Morges, Romainmôtier, Vevey-Samaritain) ou dans l'hôpital d'Ancien Régime mis à disposition par la commune (Moudon, Nyon, Yverdon). Il existe enfin certaines infirmeries en dehors des cités, dans une exploitation agricole (Bex) ou un moulin (Payerne). A l'origine, on utilise donc un peu partout des bâtiments qui n'ont pas de vocation médicale mais qui permettent une installation à moindre frais: toutes ces infirmeries sont indépendantes financièrement et bénéficiaires. On observe la prédominance du financement privé de ces premiers établissements. Leurs ressources proviennent essentiellement de dons et de legs, mais aussi plus occasionnellement de ventes, c'est-à-dire de petites kermesses organisées sporadiquement et rapportant plusieurs milliers, voire dizaines de milliers, de francs. La part totale du financement privé atteint 85% à Yverdon en 1857-1858, 79% à Rolle en 1861-1867, 74% à Vevey-Samaritain en 1860 et 46% à Orbe en 1880. L'importance de ces dons explique celle des ressources propres des infirmeries, puisque les bénéfices d'exploitation sont généralement capitalisés, parfois dans un fonds spécial de construction en faveur d'un bâtiment neuf. Ce financement privé assure l'indépendance des infirmeries locales, mais ne laisse qu'une marge de manœuvre extrêmement réduite à des administrateurs qui ne sont pas maîtres des revenus de leur institution. Le versement d'un don important ou d'un legs est tout à fait aléatoire et cela ne sera pas sans poser de problèmes importants lors du développement de ces infirmeries qui sera financé par emprunt bancaire. Dans une très large mesure, c'est donc l'importance des dons qui détermine celle des pensions. Enfin, il faut observer l'absence de tout financement public direct, aussi bien de la part des communes que du canton, si ce n'est le paiement du prix de pension pour certains indigents hospitalisés, mais les sources ne permettent pas de mesurer correctement cette participation.

L'organisation interne de ces infirmeries à leur début est des plus élémentaires en raison de leur petite taille. En effet, ces établissements ont un nombre de lits réduit à leur ouverture, qui varie entre six dans plusieurs cas (Aigle, Aubonne et Romainmôtier) et vingt (Montreux). Cette faible capacité d'accueil ne permet alors qu'un nombre limité d'hospitalisations. Durant l'année 1885, on dénombre 100 malades à Morges, 92 à Moudon, 179 à Nyon et 124 à Orbe.

Dans ces conditions, il est évident que le personnel hospitalier et l'organisation interne de la maison sont réduits à leur expression la plus simple. Il y a en général un ou deux domestiques laïcs, voire une diaconesse dans certains cas. On a affaire à des infirmeries de type ouvert, c'est-à-dire que chaque médecin de la localité est autorisé à venir y exercer. Cette activité est fort peu lucrative car on accueille essentiellement une population indigente qui n'a pas les moyens de se faire soigner à domicile.



Figure 24: *Photo tirée de CENTENAIRE 1969.*

La pinte vaudoise lors de la vente de l'Infirmerie de Morges, 1925. Plus ou moins occasionnelles selon les établissements, les ventes de charité deviennent rapidement des événements incontournables de la vie des infirmeries régionales. Elles permettent de compléter les revenus insuffisants de la bienfaisance privée.

C'est pourquoi les médecins acceptent leur nomination beaucoup plus qu'ils ne la revendiquent. Très souvent d'ailleurs, ils exercent à titre gratuit durant les premières années (Aigle, Montreux, Nyon, etc.). Mais ce type de bénévolat est d'autant plus bref que les infirmeries se développent rapidement: en 1886, l'infirmerie de Nyon est la dernière du canton à passer à la rétribution des médecins. Au niveau administratif, c'est le comité, nommé par l'assemblée des donateurs, son président et son secrétaire qui gèrent l'institution, secondés par les diaconesses pour le service interne lorsqu'elles sont déjà présentes. Il n'y a généralement ni économiste, ni gérant à la tête des premières infirmeries.

Les infirmeries régionales vaudoises sont donc à leur origine un fruit du Réveil protestant et à ce titre elles s'inscrivent dans un contexte qui n'est pas celui de la médicalisation. On a affaire à des institutions extrêmement réduites, aux ambitions médicales très limitées. Les infirmeries sont des œuvres d'entraide comme les autres, où prédomine une assistance caritative. C'est l'idée d'aide à son prochain dans le respect de l'ordre social qui est à la base de ces institutions. On voit ainsi l'ensemble de la

communauté locale se mobiliser derrière ses élites pour venir en aide aux plus démunis. Les familles de notables donnent leurs deniers pour une œuvre nouvelle à la gestion de laquelle elles participent pleinement, au sein des comités de gestion pour les hommes et des comités de dames pour leurs épouses. Suivant cet exemple, les ressortissants des classes populaires apportent leur concours. Ainsi, à Vevey, en 1859, les filles des écoles primaires confectionnent le linge de l'infirmérie alors que certains ouvriers et blanchisseuses offrent leurs services pour cette œuvre charitable. Dans le rapport annuel de 1894, est donnée en exemple «une ouvrière qui donne le travail de ses journées; une jeune fille qui privée de ressources vend un objet qui lui est cher et en apporte le prix au Samaritain. D'autres enfin n'ont à offrir que leurs prières»<sup>170</sup>.

#### *Développement de ce réseau originel (1880-1914)*

Ce réseau d'infirméries connaît une phase de développement des années 1880 à 1914. Elles vont quitter les bâtiments d'origine, s'installer dans des infirméries nouvelles conçues comme telles et devenir le lieu d'une phase de croissance qui débouche au début du XX<sup>e</sup> siècle sur l'existence d'un réseau dense d'établissements aux infrastructures modernisées et aux capacités d'accueil accrues. Ce développement se fait pourtant dans un cadre gestionnaire qui reste très traditionnel.

Face à une rapide saturation des lits hospitaliers et une importante demande, de nouvelles infirméries sont bâties. Les fondateurs étaient d'ailleurs généralement bien conscients de cette capacité d'accueil réduite, mais c'étaient des considérations financières qui les avaient alors retenu de bâtir à neuf. Ainsi, on a souvent préféré ouvrir une infirmérie temporaire dans une maison d'habitation et thésauriser les dons au maximum afin de se lancer dans une construction lorsque la fortune propre assure un très large autofinancement.

C'est aussi à cette époque qu'on observe l'arrivée de deux nouvelles infirméries dans le réseau vaudois, à Lausanne (1907) et à Vevey-Providence (1910). La première est ouverte dans le cadre de l'école et de la clinique La Source, pour permettre aux élèves infirmières d'acquérir une formation pratique. Une convention est établie en 1907 avec l'Etat pour y recevoir des malades indigents aux frais du canton, dans le but de décharger l'Hôpital cantonal. Quant à l'Infirmérie de la Providence, elle est ouverte par la diaspora catholique de Vevey.

<sup>170</sup> Hôpital du Samaritain de Vevey, Rapport annuel, 1893-1894, p. 4.

*Nouvelles constructions et agrandissements (1870-1918).*

Infirmeries	Nouveaux bâtiments	Agrandissements, transformations
Aigle	1871	1904
Aubonne	1896	1918
Morges	1897	–
Moudon	1886	–
Payerne	1885	1896; 1902; 1913
Rolle	–	1899
Saint-Loup	1897	–
Vevey-Samaritain	1877	1889
Yverdon	1873; 1901	–

Ces nouveaux bâtiments sont le cadre d'un développement de l'infrastructure hospitalière et permettent d'envisager une médecine moderne correspondant aux normes nouvelles de l'asepsie. Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, c'est dans le domaine de la chirurgie que les améliorations sont les plus remarquables. L'ouverture d'une Faculté de médecine à Lausanne en 1890 a notamment pour effet d'améliorer la chirurgie hospitalière et la formation de ses praticiens. Auparavant, on estime que César Roux est le seul chirurgien de valeur entre Lausanne et Martigny. L'accroissement du nombre de chirurgiens et les impératifs de l'asepsie débouchent sur l'ouverture ou la rénovation des salles d'opérations dans les infirmeries régionales (Morges 1893, Vevey-Samaritain 1893, Montreux 1909, etc.), selon des normes modernes: à Montreux, on n'hésite pas à faire appel aux conseils du professeur Roux. L'infrastructure médicale fait aussi un bond qualitatif important avec l'apparition d'installations de rayons X, dont plusieurs infirmeries se dotent dans les années 1910 (Saint-Loup 1910, Morges 1915, Sainte-Croix 1919), suivant l'exemple précurseur d'Yverdon (1901). On n'assiste pas encore à la naissance de services distincts de radiographie mais il est très souvent fait appel à un médecin externe, le plus souvent de Lausanne, spécialisé dans ce domaine et qui se rend régulièrement (deux à quatre fois par mois) dans les infirmeries régionales. On note aussi durant cette période une modernisation de l'environnement technique, avec l'arrivée de l'eau courante, du gaz, de l'électricité, du téléphone, du chauffage central, etc. L'adoption de ces nouvelles techniques participe à la réalisation d'infrastructures hospitalières modernes et permet de garantir une hygiène de

base et une meilleure organisation du travail<sup>171</sup>. Enfin, ces infirmeries modernisées se présentent pour les autorités publiques locales comme un instrument privilégié de leur politique de santé publique. Ainsi, la réalisation de pavillons d'isolement pour contagieux (fièvre typhoïde, scarlatine, etc.) est subventionnée à Montreux (1894), à Rolle (1899; 1912), à Nyon (1902), etc. C'est aussi dans ce cadre institutionnel que sont ouverts des services de polyclinique et de consultations médicales gratuites pour indigents à Vevey (1887), Montreux (vers 1890) et Yverdon (1892). Dans le contexte de la lutte contre la tuberculose, on ouvre aussi à la fin des années 1900 des dispensaires temporaires dans les infirmeries de Montreux, de Morges, de Vevey-Samaritain et d'Yverdon.

La présentation de tous ces progrès risquerait d'idéaliser des infirmeries qui ne sont qu'à l'amorce d'un processus de modernisation et de médicalisation. Il ne faut pas oublier que ces institutions restent profondément philanthropiques dans leur fonction et leur gestion et qu'elles sont d'abord une réponse des autorités locales à la question sociale. L'héritage des hôpitaux généraux de l'Ancien Régime reste très marqué et l'on observe dans les nouvelles infirmeries bâties à la Belle Epoque une persistance de cette vocation sociale globale. Ainsi, il existe des chambres fortes à Sainte-Croix et à Montreux où l'on enferme les aliénés violents et «des personnes en état d'arrestation, que l'autorité judiciaire confie aux soins des diaconesses»<sup>172</sup>. Des alcooliques graves sont aussi hospitalisés à plusieurs reprises avant l'ouverture d'asiles spécialisés (Bellevaux 1898; Etagnières 1898). Enfin, les infirmeries jouent encore très souvent un rôle d'asile de vieillards, que l'on accueille dans des services de pensionnaires bénéfiques financièrement à l'institution, malgré des statuts qui n'autorisent pas ces pratiques.

Au niveau de l'organisation du service médical, on a toujours des établissements ouverts aux praticiens établis dans le district qui profitent largement des infrastructures nouvelles mises à disposition (salles d'opérations, rayons X) pour leurs propres patients. La nomination d'un médecin à la tête de l'hôpital, notamment pour s'occuper des soins aux indigents qui n'ont pas de médecin de famille, se fait toujours selon le principe de la rotation entre les médecins du lieu pour des périodes de trois à six mois. On fait à l'occasion appel à des spécialistes externes, notamment en matière de radiographie, mais l'infirmerie reste d'abord pour les médecins locaux un outil de santé publique.

<sup>171</sup> L'électricité notamment permet des innovations techniques telles que monte-plats et sonneries qui vont rationaliser, voire tayloriser, le travail du personnel soignant.

<sup>172</sup> Hôpital de Montreux, Rapport annuel, 1881, pp. 6-7.

C'est surtout au niveau du personnel soignant qu'on observe un changement qualitatif important avec l'arrivée des diaconesses de Saint-Loup dans l'ensemble des infirmeries locales. Elles ne sont en effet présentes que dans sept établissements à leur ouverture<sup>173</sup>. Ailleurs, on a recours à un personnel laïc de domestiques. Ces individus sans formation médicale particulière ne pourront pas soutenir le développement de la médecine hospitalière dans le cadre des nouvelles infirmeries, et partout l'on aura recours aux diaconesses: elles apparaissent à Payerne (1885), Moudon (1888), Nyon (1895), Aigle (1896), Aubonne (1897), Orbe (1901), Château-d'Œx (1904) et Bex (1911). A la veille de la Première Guerre mondiale, les diaconesses de Saint-Loup sont présentes dans l'ensemble des infirmeries régionales vaudoises. L'importance qu'elles y prennent entraîne une redéfinition des positions à l'intérieur de l'infirmerie qui ne se fait pas toujours sans heurts avec le personnel laïc déclassé. Ainsi, à Montreux en 1887, les administrateurs de l'établissement se voient obligés de renouveler complètement le personnel de la maison suite aux conflits qui opposent diaconesses et employés laïcs. Ces sont les diaconesses qui accompagnent les médecins dans la médicalisation du réseau hospitalier, grâce à des qualités professionnelles certaines et des valeurs de sacrifice, d'obéissance et d'abnégation qui correspondent aux attentes des administrateurs et des médecins.

Pourtant, il faut ici aussi se garder d'une vision linéaire et positiviste de la médicalisation hospitalière. L'omniprésence des diaconesses dans les infirmeries vaudoises n'a pas que des effets bénéfiques pour celles-ci. En effet, la maison-mère de Saint-Loup ne possède pas de véritable école infirmière<sup>174</sup> et les diaconesses novices se forment essentiellement dans les infirmeries romandes et l'Hôpital cantonal de Lausanne, puis sont déplacées dans d'autres institutions au gré des décisions de la direction de Saint-Loup, qui garde la haute main sur ses diaconesses. Or, cette politique du personnel envisagée à un niveau global ne correspond pas toujours aux attentes des directions d'infirmeries qui voient d'un mauvais œil le départ de diaconesses formées et nécessaires au bon fonctionnement de leur institution. C'est ce qui se passe à Morges en 1913, lorsque de graves problèmes à propos des sœurs sont mis à jour: la diaconesse directrice serait beaucoup trop autoritaire vis-à-vis de ses subalternes (dont elle assure en

<sup>173</sup> Il s'agit souvent d'institutions anciennes et/ou de grande taille, soit dans l'ordre chronologique: Saint-Loup (1852), Yverdon (1857), Vevey-Samaritain (1858), Rolle (1860), Morges (1869), Montreux (1877) et Sainte-Croix (1880).

<sup>174</sup> Les diaconesses novices reçoivent dès 1856 une formation pratique de la part du médecin de l'infirmerie de Saint-Loup attachée à leur maison. Mais cet établissement est très petit (on compte 228 malades en 1853, 300 en 1873, 392 en 1893 et 766 en 1913) et la formation des diaconesses se fait essentiellement à l'Hôpital cantonal de Lausanne dès les années 1880. Voir p. 74.

partie la formation professionnelle), et les médecins se plaignent de ne pas avoir «les collaborateurs dont ils ont besoin pour les opérations chirurgicales»<sup>175</sup>. On demande que Saint-Loup cesse de retirer ses diaconesses après leur formation: «La faute n'en est pas à elles mais au système de M. Rau<sup>176</sup>.»<sup>177</sup> La Croix-Rouge est alors contactée en vue d'engager une infirmière et l'on se renseigne sur leur formation médicale. Finalement, les impératifs financiers penchent en faveur des diaconesses, beaucoup moins chères. La sœur directrice et une diaconesse sont renvoyées en 1914 et remplacées par d'autres, malgré l'opposition de Saint-Loup. Les conflits de ce type entre Saint-Loup et les infirmeries régionales vont se développer fortement durant l'Entre-deux-guerres, lorsque celles-ci feront un usage forcené des diaconesses dans leur politique de développement.

Enfin, au niveau administratif, on n'observe pratiquement pas de changements significatifs: les infirmeries restent des institutions philanthropiques dont la gestion est encore peu professionnalisée. Il n'y a pas encore d'économiste ou de directeur à leur tête. C'est la diaconesse supérieure qui s'occupe de l'ensemble de l'administration interne, alors que la gestion financière est assurée par la commission administrative, son président et son caissier. Il n'y a pas vraiment de division précise des tâches entre les divers administrateurs. C'est ce qu'on tente de faire à Rolle dans les années 1880 et 1890 (nouveaux statuts de 1891) avec la décision de nommer un directeur-caissier à la tête de l'établissement et de diviser le travail entre administrateurs selon un cahier des charges précis. Mais la mise en pratique de ces décisions est laborieuse et n'aboutit pas.

Malgré l'extension de leurs activités vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les infirmeries conservent le type de financement qui était le leur à leur origine, c'est-à-dire un financement reposant sur les dons. Quelques infirmeries relativement riches se développent sans recours à l'emprunt. C'est notamment le cas à Aubonne dans les années 1880, à Nyon en 1897 et à Vevey-Samaritain, où un don de 50'000 francs permet l'ouverture d'une annexe pour enfants en 1889.

Certaines infirmeries ont moins de chance. Celle de Rolle voit sa fortune engloutie en 1899 dans des transformations architecturales. Dans d'autres nombreux cas, le recours à des capitaux externes est la seule solution possible pour assurer le développement de la maison. Parfois, l'em-

<sup>175</sup> Hôpital de Morges, Procès-verbal du comité, 11 mars 1913. Cependant, les médecins se rétractent une semaine plus tard: «Les médecins n'ont pas voulu confirmer par écrit les paroles si catégoriques prononcées par eux dans la dernière séance.» Ibidem, 27 mars 1913.

<sup>176</sup> Oscar Rau-Vaucher (1835-1927): missionnaire en Chine, pasteur évangéliste à Bienne et directeur de Saint-Loup (1881-1919).

<sup>177</sup> Hôpital de Morges, Procès-verbal du comité, 11 mars 1913.

*Dons en nature*

Mme Dapples, 1 pâté. — Mme Recordon, 1 plat de meringues. — Mme Aubersonois, 3 douzaines cornets à la crème, 1 plat de meringues, 6 douzaines de bonbons. — M. Schindler, 25 kg. de pain. — MM. Grellet, 100 kg. de pain. — Mme Moore, 1 petit arbre de Noël garni. — Mme de Haller, 3 pots de gelée, bonnets. — M. Bron, 12 bons de zwiebacks. — Mme Mathey, 2 bouteilles de sirop de mûres et jattes de gelée. — Mmes Gringet, 2 litres huile de noix. — Mme Weber, 1 brassière en laine. — Mme Laurent, 1/2 kg. de beurre. — Mme Cornaz, vêtements usagés et saucisses. — Mme Weber, 1 brassière, 12 chemisettes, 12 petits jupons, 2 mouchoirs et 12 petits draps. — Mme Soutter, 1 jupon et vêtements usagés. — Mme Chappuis-Rivier, 12 tabliers en fil. — Mme Olivier, petits pains. — Mme Morton, pommes en plusieurs fois. — Mme de Haller, 2 jupons et un bonnet. — Mme Weber, 1 plat de meringues. — Mlle Colomb, 1 brassière. — Par Mme Chappuis : Société de couture, 24 petits draps, 24 tabliers, 1 paire de bas, 1 mouchoir tricoté. — Société de couture de l'Hospice : 28 petits tabliers, 12 grands tabliers. — Mme Cornaz, 24 œufs teints et objets divers. — Mme de Sinner, œufs teints. — Mme Buttin, œufs teints. — Société française de bienfaisance, quelques lots non réclamés. — Mme Weber, 1 plat de meringues. — Mlle Estoppey, 1 brassière et 4 mouchoirs. — Eglise nationale, reste du vin de la communion, 6 1/2 litres. — M. Löttsch, jouets. — Mme Bezenenet-Feller, 30 petits pains. — Mme Weber, 1 tablier. — Par Mme Chappuis : Société de couture : 12 pointes, 10 petits jupons, 36 petits draps, 12 bavettes, 2 robes. — Mme Berdez, 12 bavettes. — Mme Cornaz, vêtements d'enfant. — Mme Mercier-de Molin, vêtements usagés. — Mme Grobet, 1 petite robe, 1 paire de bas, 1 brassière, 1 bonnet. — Société de couture d'Espesses, 6 chemises, 4 tailles, 3 paires de bas, 2 tabliers, divers objets de lingerie. — L'Union des jeunes filles, petits pains. — M. Delisle, boulangerie viennoise,

Figure 25: *Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne.*

Hospice de l'Enfance, dons en nature, 1888-1904. Dans l'ensemble des établissements locaux de Suisse romande, les dons en nature jouent un rôle essentiel, bien que difficilement quantifiable, pour leur fonctionnement. Les dépenses d'alimentation sont majoritaires jusque dans les années 1930. Quelques hôpitaux disposent de jardins attenants au bâtiment principal mais ils ne suffisent généralement pas à nourrir tous les hospitalisés. De plus, on reçoit de nombreux vêtements à distribuer aux malades indigents.

prunt bancaire n'est que temporaire et n'entraîne pas à terme de dépendance financière grave. C'est le cas notamment à Moudon, où un bâtiment neuf est construit en 1888 grâce à des dons et à un emprunt qui est amorti complètement trois ans plus tard. Mais bien souvent, l'emprunt est lourd de conséquences. A Aigle, dans le but de construire une infirmerie, on fonde en 1869 une société immobilière à qui sont versés les bénéfices d'exploitation. Cette société contracte une dette pour la construction des nouveaux bâtiments qui sont mis à disposition de l'infirmerie moyennant le paiement d'une location et de l'amortissement de l'emprunt. Jusqu'en 1885, on verse ainsi chaque année une très large partie

des bénéfices d'exploitation à la société immobilière. Cette dépendance financière entraîne à l'occasion un retard dans les investissements, comme en 1877-1878, lorsque l'on décide de suspendre la construction d'un local de bains et de buanderie, finalement exécuté en 1879. Ce n'est que dans la seconde partie des années 1880 que la charge financière diminue notablement (la dette hypothécaire étant pratiquement nulle). Les bénéfices d'exploitation sont alors thésaurisés et permettent des rénovations en 1904.

Ces problèmes financiers montrent la difficulté de réaliser des investissements d'importance dans le cadre de ressources traditionnelles très dépendantes de la générosité privée. Pourtant, malgré ces difficultés, le mode de financement des infirmeries n'est fondamentalement pas remis en question. Il n'y a guère qu'à Morges que l'on rencontre des problèmes financiers insolubles dans le cadre gestionnaire philanthropique. La nouvelle infirmerie ouverte en 1897 pour un coût total de plus de 110'000 francs n'entraîne qu'une faible dépendance financière (emprunt de 17'000 francs) mais engloutit la fortune de l'institution. La part de l'autofinancement dans les recettes totales de la maison n'est que de 2% en 1900, alors qu'elle était de 11% en 1885, si bien que l'ensemble des recettes ne couvre que 65% des dépenses d'exploitation cette année-là, et 59% en 1906. Les administrateurs morgiens affirment en 1908 être « dans la situation d'un navire qui sombre lentement »<sup>178</sup>. La situation est finalement maîtrisée par de nouvelles ressources engendrées par une hausse des prix de pension et l'augmentation du financement privé, grâce à l'organisation de ventes. De plus, on demande officiellement en 1909 aux communes du district d'inscrire à leur budget une contribution à l'hôpital. Quelques-unes acceptent, mais comme un don volontaire de leur part et non comme une contribution annuelle officialisée. Confrontée aux mêmes problèmes, l'infirmerie de Montreux tente aussi un recours auprès des communes: en 1905, celle de Villeneuve accorde un don de 50 francs, soit la couverture de 0.26% des dépenses cette année-là.

Ces exemples montrent bien les difficultés qu'ont les administrateurs à dégager les ressources nécessaires à des investissements lourds dans un cadre gestionnaire traditionnel. Très souvent, il ne reste que peu de solutions: l'augmentation du prix de la pension et surtout l'organisation de ventes de charité. Ainsi, à Montreux, la première de ces ventes est organisée en 1897 et rapporte un bénéfice net de 25'000 francs qui permet de se libérer de la dette bancaire et d'agrandir la maison. Mais de nouvelles difficultés naissent de l'insuffisance des ressources, et une seconde vente est

<sup>178</sup> Hôpital de Morges, Rapport annuel, 1908, p. 6.

*Ressources financières des infirmeries locales vaudoises, vers 1900.*

Type de ressources	Aubonne 1912	Montreux 1900	Morges 1900	Nyon 1900	Sainte- Croix 1900	Vevey- Samaritain 1895
Propres	42%	–	2%	11%	26%	10%
Privées	8%	55%	55%	17%	37%	67%
Pensions	49%	43%	38%	72%	37%	23%
Divers	1%	2%	5%	–	–	–

organisée en 1902, qui produit 34'500 francs qu'on utilise à nouveau pour régler les dettes et installer le chauffage central en 1904. Ces manifestations, bien que sporadiques, deviennent essentielles au bon fonctionnement des infirmeries.

Finalement, le moyen le plus utilisé par les infirmeries pour augmenter leurs ressources est la hausse du prix de la journée de pension, dont l'importance grandissante dans le financement des infirmeries est reflétée par le tableau ci-dessus. On reporte sur les malades et ceux qui les subventionnent l'augmentation des dépenses hospitalières. Même si les sources ne permettent que très difficilement d'évaluer la part des assurances, des communes et de l'Etat dans le paiement des pensions, on peut toutefois affirmer que la part des malades admis gratuitement à l'infirmerie diminue très largement. A leur origine, les infirmeries se veulent d'abord des établissements médicaux d'accueil pour les classes populaires et acceptent de très nombreuses hospitalisations gratuites, conformément à la volonté des fondateurs philanthropes et aux premiers statuts adoptés. Ainsi à Saint-Loup en 1853, on hospitalise gratuitement 200 des 228 malades admis cette année-là (soit 88%). Mais, face au succès de ces infirmeries auprès d'un large public qui n'est pas seulement celui des déshérités, les diverses administrations vont restreindre cette politique caritative d'accueil et faire participer les hospitalisés au financement de l'institution. La part d'hospitalisations gratuites passe à 12% à Aigle en 1878-1894, 3,5% à Orbe en 1880-1892 et 9% à Nyon en 1893<sup>179</sup>.

Si la part des accueils gratuits diminue, les frais d'hospitalisation ne sont pourtant pas toujours reportés sur les malades eux-mêmes. On observe à l'occasion la participation de caisses de secours mutuels et des premières assurances mais leur implication est encore faible: elles prennent en charge les frais de 6% des individus hospitalisés à Aigle en 1878-1894<sup>180</sup>. Il y a aussi

<sup>179</sup> Chiffres tirés pour Aigle et Orbe de LEHMANN-JOMINI 1978; pour Nyon des rapports annuels.

<sup>180</sup> LEHMANN-JOMINI 1978, p. 21.

les communes qui financent tout ou partie des hospitalisations de leurs indigents: cela représente 30% des patients à Aigle en 1878-1894<sup>181</sup>. Enfin, il y a l'Etat, qui subventionne dès les années 1870 certains assistés et des malades qu'on ne peut admettre à l'Hôpital cantonal faute de place. Pour les infirmeries, cette participation n'est de loin pas négligeable: l'Etat assume à lui seul 12% des malades à Aigle en 1878-1894<sup>182</sup>, 30% à Aubonne en 1912 et 67% à Sainte-Croix en 1900. Le prix de la journée d'hospitalisation payée par l'Etat devient rapidement l'enjeu d'âpres négociations qui mèneront les infirmeries vaudoises à s'organiser petit à petit en lobby. A l'origine, on assiste à des réunions sporadiques de délégués des infirmeries pour définir les relations avec l'Etat, son nouvel Hôpital cantonal et le montant de la journée d'hospitalisation payée aux infirmeries (1884) ou pour refuser une baisse des subsides (1903). Le mouvement est encore mal organisé et peu revendicateur. Il le deviendra dans l'Entre-deux-guerres, lorsque le redéploiement du système hospitalier nécessitera une intervention massive de l'argent public.

### *Le refuge dans l'aide sociale de l'aristocratie neuchâteloise*

A Neuchâtel, on assiste à une situation analogue au cas genevois. Les familles aristocratiques écartées du pouvoir après la révolution de 1848 se réfugient en effet dans les institutions à caractère philanthropique. Dans le domaine médical cependant, il n'y a pas d'opposition entre un réseau philanthropique et celui de l'Etat, comme à Genève, pour la simple raison que l'Etat n'intervient pas dans le système hospitalier jusque dans les années 1890. Et, lorsqu'il le fera (Perreux 1897), ce ne sera pas pour s'opposer à l'initiative privée mais pour la compléter.

Il faut aussi rappeler que l'intervention de l'aristocratie neuchâteloise dans les affaires caritatives n'est pas une conséquence de 1848 mais s'inscrit dans une tradition philanthropique qui date du XVIII<sup>e</sup> siècle. L'Hôpital de la ville de Neuchâtel, rénové grâce aux deniers de David de Pury en 1779-1782<sup>183</sup>, et celui de Pourtalès, fondé en 1808<sup>184</sup>, en sont les meilleurs exemples.

<sup>181</sup> LEHMANN-JOMINI 1978, p. 21.

<sup>182</sup> LEHMANN-JOMINI 1978, p. 21.

<sup>183</sup> Voir pp. 49-51.

<sup>184</sup> Voir pp. 59-64.

*L'Hôpital Préfargier de 1848 à 1914*<sup>185</sup>

L'établissement de Préfargier joue pour son fondateur la même « fonction de réinsertion au sein de la notabilité neuchâteloise »<sup>186</sup> que la rénovation de l'Hôpital de la ville de Neuchâtel avait joué pour David de Pury au XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>187</sup>. Le fondateur de Préfargier, Auguste-Frédéric de Meuron<sup>188</sup>, provenant de l'une des plus anciennes familles aristocrates de la ville, s'est en effet éloigné de la principauté pour développer son commerce de tabac au Brésil (1817) et se retirer à Paris (1844). Malgré l'éloignement géographique, il reste très attaché à son lieu d'origine. Il épouse sur le tard une fille de l'aristocratie neuchâteloise, Elise de Pury<sup>189</sup>, et songe dès 1843 à la réalisation d'un hospice d'aliénés. Evoquant ce projet, il affirme en 1844 qu'« il faut que l'hospice des Aliénés Neuchâtelois soit cité comme ce qu'il y aura de mieux et pour cela nous devons mettre à profit tout ce qui se fait jusqu'à présent de plus parfait dans ce genre. J'y mets tout mon amour-propre »<sup>190</sup>.

La question du traitement de l'aliénation et de l'ouverture d'un établissement spécialisé est d'actualité dès le milieu des années 1830 dans la principauté de Neuchâtel, mais l'Etat n'a pas les moyens financiers de s'en charger, bien qu'il en reconnaisse l'utilité. Le projet d'Auguste-Frédéric de Meuron arrive donc à point nommé. De sa résidence parisienne, il consulte des aliénistes français de renom<sup>191</sup> et s'entoure d'hommes proches du pouvoir neuchâtelois, tels que son cousin Auguste-François de Meuron<sup>192</sup> et Charles-François de Marval<sup>193</sup>. On obtient diverses exemptions de taxes de la part de l'Etat, d'autant plus facilement que le fondateur envisage de lui remettre son établissement après sa construction. Le Conseil d'Etat déclare ainsi que « l'Etat doit favoriser par tous les moyens en son pouvoir un établissement aussi utile, et que le citoyen généreux qui le fonde se propose de lui céder, dès qu'il sera créé et qu'il en aura assuré l'existence. En réalité c'est à lui-même que l'Etat donne en donnant à Mr. de Meuron »<sup>194</sup>.

<sup>185</sup> Voir notamment CHRIST (sans date).

<sup>186</sup> FUSSINGER & TEVAEARAI 1998, p. 37.

<sup>187</sup> Voir pp. 49-51.

<sup>188</sup> Auguste-Frédéric de Meuron (1789-1852): aristocrate, philanthrope et homme d'affaires neuchâtelois.

<sup>189</sup> Elise de Meuron-de Pury (1805-1854).

<sup>190</sup> Lettre d'Auguste-Frédéric de Meuron à Auguste-François de Meuron, 11 juillet 1844. Cité dans PRÉFARGIER 1999, p. 31.

<sup>191</sup> Notamment les Drs Ferrus et Falret. Voir FUSSINGER & TEVAEARAI 1998, pp. 38-40 et 175-176.

<sup>192</sup> Auguste-François de Meuron (?-1846): maître-bourgeois, banneret et membre de la direction de Pourtalès (1830-1846).

<sup>193</sup> Charles-François de Marval (1802-1880): gendre d'Auguste-François de Meuron. Voir note ## p. ##.

<sup>194</sup> Cité dans CHRIST (sans date).

La révolution de 1848 vient bouleverser ce projet. Homme de l'Ancien Régime, le fondateur de Meuron ne remet pas son établissement entre les mains d'un Etat radical mais en fait une fondation privée «entièrement indépendante et séparée du domaine de l'Etat et du domaine communal»<sup>195</sup>. Sa commission administrative devient l'un des lieux de refuge de l'aristocratie déchu. Parmi les 35 personnes qui y siègent entre 1849 et 1914, on relève huit représentants de la famille de Meuron (22.9%) et douze membres d'autres familles aristocrates neuchâtelaises (34.3%)<sup>196</sup>.

A son ouverture, Préfargier compte 100 lits, tous destinés aux aliénés curables, indigents pour l'essentiel. Le nombre de malades est de 64 en 1850.

L'établissement est géré personnellement par le fondateur, qui couvre les déficits d'exploitation jusqu'à sa mort en 1852. Il lègue alors une somme de 100'000 francs pour assurer l'avenir de Préfargier. Une fondation chargée de la gestion de cette fortune est créée. Par la suite, de multiples dons viennent accroître ce capital. Plus de 350'000 francs sont versés à cette fondation par des particuliers entre 1853 et 1914<sup>197</sup>. Ici aussi, on observe une prédominance aristocratique: la famille de Meuron offre plus de 108'000 francs (soit 30.3% du total des dons) et les de Pury 102'000 francs (28.4%). Pourtant, ce financement privé ne parvient pas à assurer seul le développement de Préfargier. Une luxueuse annexe pour malades aisés est construite en 1867-1869 et permet d'attirer dans l'établissement des malades plus rentables.

#### *L'Hôpital Pourtalès de 1848 à 1914*

Après 1848, Pourtalès conserve son caractère aristocratique. Trois des membres de sa direction sont d'ailleurs directement impliqués dans l'organisation de la contre-révolution royaliste de 1856<sup>198</sup>. 30 personnes sont nommées à la direction de Pourtalès entre 1848 et 1914. Treize d'entre elles proviennent de familles aristocrates (43.3%). Plusieurs entretiennent des liens privilégiés avec Préfargier: on note la présence du neveu du fondateur de Meuron, de deux membres de sa commission de surveillance, ainsi que de son ancien directeur. On observe aussi la forte influence du protestantisme (quatre pasteurs, soit 13.3%) et des milieux évangéliques,

<sup>195</sup> Acte de fondation de Préfargier, 1848, art. 2, cité chez MEURON 1949, p. 9.

<sup>196</sup> Les familles de Dardel, de Coulon, de Marval, de Pury, de Reynier et de Tribolet.

<sup>197</sup> Liste des dons dans MEURON 1949, pp. 144-146.

<sup>198</sup> Voir p. 35.

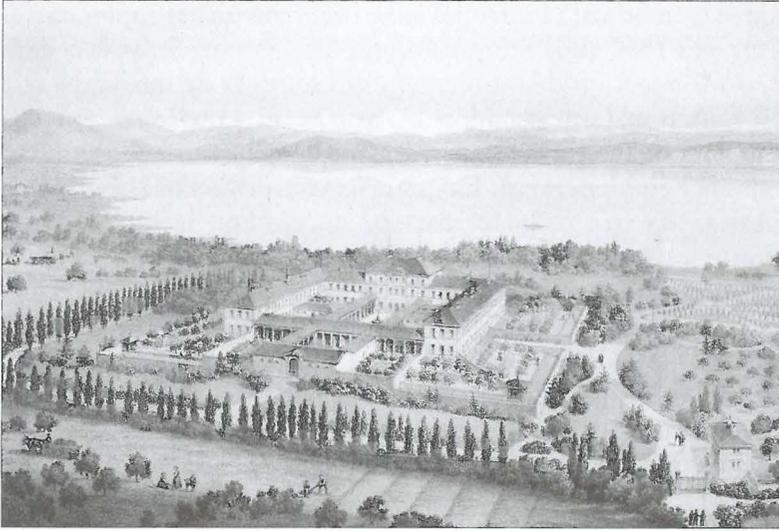


Figure 26: *Archives de l'Etat, Neuchâtel.*  
Maison de santé de Préfargier, lithographie Bachelier, vers 1848.

notamment représentés par la famille Humbert<sup>199</sup>. Un membre du Conseil d'Etat siège en permanence dès 1878. Enfin, il faut souligner la présence d'un avocat, du directeur du Crédit foncier et de l'homme d'affaires Alfred Borel<sup>200</sup>. Pour tous ces individus, siéger à la direction de Pourtalès est un honneur qui s'obtient au faîte de la carrière. Les onze directeurs dont l'âge à la nomination est connu entrent en fonction à 49 ans en moyenne. Les plus jeunes d'entre eux sont des personnalités particulières, comme le Dr Albert de Pourtalès, nommé à l'âge de trente ans membre de la direction, où il reste pendant plus d'un demi-siècle<sup>201</sup>, ou le Dr Roulet, ancien médecin de la Providence et conseiller d'Etat, nommé à 37 ans<sup>202</sup>. Mais surtout, il est intéressant de souligner que, sauf exception, l'on reste membre de cette direction jusqu'à sa mort.

<sup>199</sup> Eugène Humbert (1830-1893): banquier, caissier central de l'Eglise indépendante et membre de la direction de Pourtalès (1885-1893). Paul-Eugène Humbert (1854-?): banquier, caissier central puis président du synode de l'Eglise indépendante et membre de la direction de Pourtalès (1893-1909). Paul Humbert (1895-?): médecin, fils d'un professeur de théologie et membre de la direction de Pourtalès (1909-1939).

<sup>200</sup> Alfred Borel (1833-1908): banquier en Californie, administrateur des compagnies de Suisse-Occidentale et du Jura-Simplon, député (1871-1898), conseiller communal et membre de la direction de Pourtalès (1903-1908).

<sup>201</sup> Albert de Pourtalès (1870-1952): médecin interne et président de la direction de Pourtalès (1908-1952).

<sup>202</sup> Albert-Louis Roulet (1841-1886): médecin, conseiller d'Etat et membre de la direction de Pourtalès (représentant de l'Etat, 1878-1886).

Au niveau médical, Pourtalès continue son développement amorcé dans les années 1850 sous l'impulsion du Dr Cornaz. Suite à sa démission en 1892, on songe à un dédoublement des services de médecine et de chirurgie. Il faut pourtant attendre dix ans avant qu'elle ne soit effective. Entre temps, Pourtalès a ouvert un service de maternité qui fera bientôt la réputation de l'établissement. Un petit service des accouchées réclamé par le Dr Cornaz est mis en place par son successeur, le Dr Matthey<sup>203</sup>, en 1893. Limité à une chambre de deux lits, ce service ne suffit bientôt plus et un pavillon d'une trentaine de places est entrepris en 1898 et inauguré en 1900. Cette construction nouvelle est permise par la générosité de quelques notables: deux membres de la famille de Pury offrent chacun 50'000 francs et l'homme d'affaires Antoine Borel donne 100'000 francs qui permettent de terminer les travaux. Ce geste permet au Dr François de Pury<sup>204</sup> de devenir membre de la direction de Pourtalès, au terme de sa carrière. La croissance de l'hôpital est aussi assurée par un service de policlinique instauré en 1893 (consultations gratuites pour indigents) et surtout par les améliorations apportées en chirurgie après 1900. Suite à l'ouverture de la maternité, le Dr Matthey se concentre sur ce service et le Dr Jacques de Montmollin<sup>205</sup> est engagé pour s'occuper de l'hôpital (1903). Très rapidement, on observe une amélioration de l'infrastructure et de l'environnement hospitalier. Une installation de rayons X, offerte par un membre de la famille de Pourtalès, est aménagée en 1904. L'année suivante, le Dr de Montmollin réclame la construction d'un pavillon de chirurgie afin de mettre au point la méthode aseptique. Le personnel hospitalier est compris dans cette dynamique. Un second poste d'interne est créé pour deux mois en 1901, puis repourvu en 1903.

Ces diverses innovations permettent une très forte croissance des hospitalisations entre 1892 et 1914. Le nombre de malades connaît en effet une hausse annuelle moyenne de 9.0% entre ces deux dates, alors qu'elle n'était que de 2.5% entre 1812 et 1892. On compte 761 malades en 1892 et 2'264 en 1914. Cette croissance doit beaucoup à la maternité: pour la période 1907-1914, les femmes en couches et leurs nouveaux-nés représentent 53.8% des hospitalisations totales. En franchissant le seuil des 2'200 malades traités en 1912, Pourtalès atteint un sommet qu'il ne franchira plus avant la fin de la Seconde Guerre mondiale. L'ouverture d'un nouvel hôpital par la ville de Neuchâtel en 1914 (Cadolles) crée une concurrence

<sup>203</sup> César Matthey (1859-1923): interne à Pourtalès, médecin à Boudry et médecin-chef de Pourtalès (1893-1903).

<sup>204</sup> Voir note 5, p. 34

<sup>205</sup> Jacques de Montmollin (1861-1937): médecin-chef de Pourtalès (1903-1932) et membre du comité de l'Hospice orthopédique de Lausanne.

qui va faire souffrir Pourtalès, dont les finances connaissent un certain déclin depuis les années 1880.

Les ressources de la fondation ne permettent en effet plus de pratiquer une politique généralisée d'hospitalisations gratuites. La gratuité n'est accordée plus qu'aux seuls indigents munis d'une attestation officielle dès 1892. En 1902, on adopte les tarifs des journées d'hospitalisation de malades assurés tels qu'ils ont été homogénéisés dans les hôpitaux cantonaux universitaires de Suisse: le prix d'une journée passe de un franc à deux francs cinquante. Le nombre de malades payants augmente ainsi de 2.8% en 1892 à 36.7% en 1905. Ces nouvelles ressources sont pourtant insuffisantes et de nombreux exercices sont déficitaires. La fortune de la fondation est en chute libre: 2.3 millions de francs en 1890, 1.3 million en 1900 et 1.0 million en 1910.

*Philanthropes neuchâtelois dans d'autres établissements médicaux*

Préfargier et Pourtalès sont les deux piliers centraux de la philanthropie aristocratique dans le milieu médical. Ils ne sont pourtant pas les seuls. La charité privée est omniprésente dans le domaine de la santé. Prenons quelques exemples parmi les hôpitaux régionaux du canton.

Dans le Val-de-Ruz, l'ouverture d'un hôpital (1870) doit beaucoup à la générosité d'Armand-Frédéric de Perregaux<sup>206</sup>, ancien conseiller d'Etat, qui donne en 1868 son domaine de Landeyeux aux communes du district pour y fonder un hospice ou un hôpital. Le règlement adopté en 1871 instaure une Commission générale regroupant des représentants des communes et de la famille de Perregaux. Par la suite, cette famille reste attachée à l'établissement. Elle assure la construction d'une annexe (1902-1904) en versant plus de 20'000 francs en faveur de ce projet. De même, l'Hôpital de Couvet doit son ouverture en 1860 à un don pieux de Cécile Borel<sup>207</sup>, fille d'un bourgeois de Neuchâtel greffier de la cour de justice du Val-de-Travers. Par ce geste charitable, elle désire fonder « une œuvre purement chrétienne et évangélique »<sup>208</sup>. Quant à l'Hôpital de la Béroche, ouvert en 1905, il a reçu deux ans auparavant de l'homme d'affaires Antoine Borel une rente annuelle de 10'000 francs, ainsi que la somme de 40'000 dollars américains. Enfin, en ville de Neuchâtel, c'est encore un

<sup>206</sup> Armand-Frédéric de Perregaux (1790-1873): fils d'un officier au service étranger, maire de Travers (1814), châtelain du Landeron (1831) et conseiller d'Etat (1831-1848).

<sup>207</sup> Cécile Borel (1808-1848): fille célibataire d'un fonctionnaire neuchâtelois, « fidèle royaliste [...] et chrétienne militante » selon KLAUSER 1996, p. 70.

<sup>208</sup> Procès-verbal d'une séance du conseil d'administration, 1859, cité chez KLAUSER 1996, p. 73.

don charitable qui permet l'ouverture de l'Hôpital Jeanjaquet pour enfants en 1894. Cette année-là, la fille d'un ancien directeur des finances de la ville<sup>209</sup> construit à ses frais un hôpital pour enfants qu'elle remet à la commune de Neuchâtel, qui en assure l'exploitation avec l'aide de diaconesses de Saint-Loup.

### Hôpitaux catholiques: aux sources du catholicisme social

En terre catholique, les établissements hospitaliers jouent un rôle essentiel dans l'émergence de la contre-société catholique après le Sonderbund. Les congrégations religieuses sont omniprésentes, non seulement dans le domaine médical, mais dans l'ensemble de la société. Les sœurs exercent des tâches éducatives (écoles primaires, écoles ménagères, orphelinats), de soutien aux vieillards (dans le cadre d'asiles) et de visites à domicile des pauvres. Les soins aux malades sont donc pleinement intégrés dans un vaste mouvement d'encadrement des classes populaires et de reconquête religieuse.

#### *Dans le canton de Fribourg, triomphe de la « République chrétienne »*

Le système hospitalier fribourgeois participe d'un mouvement de reconquête religieuse et de développement du catholicisme social, dans la continuité du retour du parti conservateur à la tête de l'Etat en 1856. Le régime Weck-Reynold (1856-1881) renforce le pouvoir de l'Eglise, notamment par l'adoption d'une nouvelle loi sur l'assistance (1869) décrétant le principe de la charité privée (et non plus l'assistance obligatoire), qui entraîne une très grande influence de l'Eglise dans le domaine social. Au niveau hospitalier, cette politique de reconquête se caractérise par une très forte intervention des congrégations religieuses, ainsi que des collectivités publiques (Etat et communes).

La réaction conservatrice se fait très rapidement ressentir en ville de Fribourg. Appelées par le pouvoir épiscopal pour desservir l'Hospice de la Providence, les Filles de la Charité font leur apparition en terre fribourgeoise en 1858<sup>210</sup>. Leurs activités se développent en ville de Fribourg dans le domaine social, éducatif et médical (orphelinat 1858, école enfantine 1859, pensionnat pour jeunes filles 1860, école primaire 1862, école normale 1867, etc.). C'est dans ce cadre qu'est ouverte une petite infirme-

<sup>209</sup> Cécile Jeanjaquet, fille de Gustave-François Jeanjaquet, de Neuchâtel.

<sup>210</sup> Voir DROUX 1998.

rie d'une quarantaine de lits en 1870, jouant le rôle d'hôpital de district pour la Sarine. Du centre névralgique de la Providence, les Filles de la Charité essaient dans les campagnes fribourgeoises dès les années 1860 et prennent en charge plusieurs hôpitaux de district qui apparaissent alors (Bulle 1863, Billens 1866, Tavel 1885, Châtel-Saint-Denis 1892). Les Filles de la Charité ne sont pourtant pas les seules religieuses à investir le champ socio-médical fribourgeois. Outre les religieuses hospitalières de l'Hôpital des Bourgeois présentes dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, on remarque la présence des sœurs de Saint-Joseph de Bourg-en-Bresse à l'Asile cantonal d'aliénés de Marsens (1875); des sœurs de Saint-Vincent de Paul de la Roche en Haute-Savoie à l'Hospice de la Broye à Estavayer (1877); des sœurs d'Ingenbohl à l'Hospice du district de la Gruyère à Riaz (1886) et dans plusieurs orphelinats; ainsi que des sœurs de Saint-Joseph de Lyon à l'école d'infirmières de Pérolles en ville de Fribourg (1913). Ces établissements deviennent souvent le lieu d'un déploiement d'activités médico-sociales dans les campagnes (enseignement primaire, visite aux pauvres, écoles ménagères, etc.). Ainsi, les administrateurs de l'Hôpital d'Estavayer décident d'ouvrir un orphelinat en 1877, afin que «les vagabonds [n'aient] plus de prétexte pour manquer le catéchisme et l'école»<sup>211</sup>. En Gruyère, le conseil d'administration de l'hôpital gère aussi un orphelinat.

L'omniprésence religieuse se retrouve au niveau de la gestion des hôpitaux, dont les organes dirigeants sont dominés par des hommes d'Eglise. Jusque dans les années 1950, c'est généralement le curé-doyen du chef-lieu de district qui occupe le poste de président de la commission administrative, où l'on dénombre aussi de nombreux religieux. A Estavayer en 1885, cinq administrateurs sur onze sont ecclésiastiques. Ils sont encore quatre sur dix en 1900. Dans son discours d'inauguration de l'Hôpital d'Estavayer, le préfet de la Broye montre bien l'importance de l'Eglise (1877):

«Nous nous permettons de faire un appel, un appel spécial aux membres du vénérable Clergé, que nous prions de bien vouloir s'intéresser à cette œuvre; nous savons que leur action dans le pays est toute puissante et que dans les questions de charité, leur voix seule est entendue.»<sup>212</sup>

Dans cette ville, on va même jusqu'à racheter l'ancien pensionnat des Jésuites<sup>213</sup> pour y déplacer l'hôpital agrandi, à une époque où on construit plutôt à neuf (1883).

<sup>211</sup> Hôpital de la Broye, Procès-verbaux de la Commission administrative, 1<sup>er</sup> octobre 1877.

<sup>212</sup> Ibidem.

<sup>213</sup> Les Jésuites arrivent à Estavayer en 1836. Leur couvent, leur école et la chapelle deviennent propriété de l'Etat en 1848, puis sont vendus à des privés.



Figure 27: *Archives Médiacentre, Bibliothèque cantonale et universitaire, Fribourg.*  
L'Hospice de Billens vers 1930.

Malgré cette forte présence religieuse, les hôpitaux de district appartiennent aux communes, ainsi que le prévoit la loi sur les établissements hospitaliers de 1869. Dans chaque cas, les organes décisionnels sont donc nommés par les délégués des communes. Celles-ci interviennent dans le financement des hôpitaux par la prise en charge des journées d'hospitalisation de leurs ressortissants pauvres. Avant 1914, les établissements régionaux fribourgeois sont encore en effet très peu médicalisés et s'adressent avant tout aux couches indigentes. Mis à part l'Hôpital de Riaz où exerce le Dr Clément depuis 1902, il n'y a pas vraiment de chirurgie dans ces hôpitaux, généralement surchargés d'incurables, de vieillards et de malades chroniques. La durée de séjour moyen s'élève à 100.5 jours à Estavayer en 1880 et encore à 88.3 en 1910. Dans ces conditions, ces établissements restent dans une large mesure des lieux d'accueil et d'encadrement des classes populaires. Ils sont en cela tout à fait représentatifs de la question sociale telle qu'elle est traitée par le régime Python et incarnent la « République chrétienne » au village.

*Naissance des premiers établissements médicaux dans le Valais*<sup>214</sup>

Il existe au XIX<sup>e</sup> siècle de nombreux hospices, maisons des pauvres et hôpitaux dans l'ensemble du Valais, administrés par les bourgeoisies ou les communes municipales selon les cas (Bourg-Saint-Pierre, Brigue, Martigny, Monthey, Viège, etc.). Persistance de l'Ancien Régime, ces établissements sont destinés à recevoir les indigents de la commune, des vieillards, des infirmes, des malades et des pauvres passants. Il y a bien ça et là une activité médicale accrue, mais limitée dans le temps. Ainsi, à Monthey, on héberge en 1857-1862 une soixantaine de malades et de blessés des entreprises ferroviaires, qui sont traités par le médecin de la compagnie. On ne décèle pourtant jamais une volonté d'individualiser la maladie et de médicaliser ces hospices. Il faut attendre les années 1900 pour voir apparaître les premiers établissements socio-médicaux, qui se généraliseront dans l'Entre-deux-guerres. Outre l'Hôpital régional de Brigue qui trouve son origine dans les travaux des tunnels ferroviaires alpins, on assiste à l'ouverture de quatre institutions dans le Valais entre 1900 et 1910.

*Catholicisme social et médecine: l'Asile Saint-Joseph de Sierre et la Clinique de Saint-Amé de Saint-Maurice*

Deux établissements doivent leur ouverture à l'émergence du catholicisme social dans le Valais. A Sierre, des notables de la ville décident en 1882 de fonder un hôpital-asile des plus traditionnels, qui accueillerait sans distinction pauvres et malades. Après une laborieuse recherche de fonds, un bâtiment est construit en 1899-1900 et l'Asile Saint-Joseph ouvre ses portes en 1901. Il est desservi par les sœurs d'Ingenbohl et n'a pas d'eau courante avant 1905. Cet hospice apparemment sans avenir voit arriver en 1908 le Dr Gustave Turini, qui le transforme partiellement en infirmerie et y opère: on compte 165 interventions chirurgicales en 1912 et 201 en 1913. Vu ce succès, le médecin plaide en faveur d'un véritable hôpital et écrit en 1914 que «l'augmentation continuelle de son activité [de l'asile] n'est plus en rapport avec ses dimensions exiguës et avec la distribution peu commode de ses locaux»<sup>215</sup>. Il lui faudra pourtant encore patienter près d'une décennie pour assister à l'ouverture de l'Hôpital régional dont il sera l'un des leaders (1922).

Quant au second établissement à caractère religieux, la Clinique de Saint-Amé, elle connaît un développement plus heureux. A l'origine de

<sup>214</sup> Voir VOUILLOZ BURNIER & BARRAS à paraître.

<sup>215</sup> TURINI 1914, p. 4



Figure 28: *Collection J.-P. Coutaz, Saint-Maurice (chanoine Bourban).*

Clinique Saint-Amé, 1907. La rationalisation des services hospitaliers et les préoccupations antiseptiques semblent encore peu présents à Saint-Maurice. Religieuses, chanoine et malades s'occupent côte à côte du repas et des pansements.

cet hôpital, on trouve les sœurs de Saint-Maurice, congrégation fondée dans les années 1860 pour s'occuper d'un orphelinat. Lorsqu'il décide la création d'une clinique, le chanoine Bourban<sup>216</sup> envoie deux religieuses à l'École de la Croix-Rouge de Paris et confie cet hôpital aux sœurs en 1901. L'établissement comble un vide et répond à un véritable besoin, notamment de la part des ouvriers des fortifications et des forces motrices du Rhône : des agrandissements sont faits en 1908 et 1915. Les sœurs de Saint-Maurice sont particulièrement actives dans le système hospitalier valaisan. Elles s'occupent de l'asile psychiatrique de Malévoz (1901-1903) et seront présentes au préventorium Clairval de Finhaut en 1942 et à la Clinique générale de Sion en 1954.

#### *Ouverture d'hôpitaux de district à Martigny et Monthey*

Les hôpitaux régionaux de Martigny et de Monthey sont tous deux fondés par les communes de leur district. Ils sont respectivement ouverts en 1909 et 1910 et desservis par des religieuses : à Martigny, des sœurs hospitalières de Sion ; à Monthey, des sœurs de Saint-Joseph d'Annecy. Ces établissements sont gérés par les communes, dont les délégués

<sup>216</sup> Pierre Bourban (1854-1920) : prêtre valaisan et professeur au collège Saint-Maurice.

nomment les membres des organes administratifs. Les communes sont aussi impliquées dans le financement des hôpitaux et leur accordent un subside annuel.

Ouverts sur le tard, les hôpitaux valaisans se donnent les moyens d'une médecine de bonne qualité. Les soucis hygiénistes sont très présents lors de l'aménagement des bâtiments. Ainsi à Monthey, en 1910,

« pour se garantir des microbes et de la poussière, tous les coins des plafonds et des murs furent arrondis; tous les murs, peints à l'huile, sont lavables; les parquets de chêne, établis sur béton dans toutes les chambres, peuvent être facilement entretenus; tous les corridors sont revêtus de mosaïque, ce qui permet une grande propreté. »<sup>217</sup>

On se dote d'une installation de rayons X en 1912 à Monthey et en 1917 à Martigny. A Monthey, les religieuses participent à cette médicalisation: quatre d'entre elles sur cinq sont infirmières diplômées en 1910. Enfin, l'hôpital devient un centre de soins privilégié et un instrument de travail incontournable pour les médecins de la localité. L'accès à l'hôpital est donc vital pour ces hommes et ils réagissent énergiquement contre toute velléité de fermeture de l'établissement et de nomination d'un médecin-chef unique et omnipotent. Les médecins de Martigny le font savoir au conseil d'administration de l'hôpital qui propose en 1913 la nomination d'un médecin attaché à l'hôpital à 100% comme « directeur-technique »<sup>218</sup>, et demandent à l'institution qu'elle acquière une installation de rayons X quatre ans plus tard. Quant aux praticiens de Monthey, ils s'opposent fermement à ce qu'on accorde l'accès à l'hôpital à de nouveaux venus: alors que le Dr Kalbermatten demande l'autorisation d'hospitaliser sa clientèle privée en 1913, « les Docteurs préposés au service de l'infirmerie s'opposent à cette demande qu'ils trouvent prématurée, attendu que Mr. de Kalbermatten n'a fourni à l'hôpital que quelques malades, étant lui-même établi depuis quelques mois seulement à Monthey »<sup>219</sup>.

### *Dans le Jura catholique, une difficile confrontation à l'Etat radical*

Principal lieu de l'opposition conservatrice au radicalisme centralisateur bernois, le Jura catholique supporte mal l'interventionnisme étatique dans ses hôpitaux. Ces derniers répondent au modèle traditionnel de

<sup>217</sup> Hôpital de Monthey, Rapport annuel, 1910, p. 9.

<sup>218</sup> Hôpital de Martigny, Registre des délibérations du Conseil d'administration, 27 janvier 1913.

<sup>219</sup> Hôpital de Monthey, Registre du protocole des séances du Conseil d'administration, 3 décembre 1913.

contrôle social exercé par l'Église et les élites bourgeoises, plutôt qu'à une stricte médicalisation telle que voulue par les autorités bernoises. Malgré leur opposition systématique à la politique cantonale, les hôpitaux de Porrentruy et de Saignelégier acceptent en fin de compte la tutelle de l'Etat.

*A Porrentruy, l'hôpital politisé par la bourgeoisie conservatrice*

Suite à la loi sur l'organisation communale de 1852 prévoyant le partage des biens des bourgeoisies entre celles-ci et les communes municipales créées en 1833, l'Hôpital bourgeois de Porrentruy se trouve pris dans une tourmente politique qui durera près de vingt ans. A Porrentruy, l'hôpital représente une part importante de la fortune bourgeoise (près de 1.5 million de francs en 1866). Sa perte serait symbole de défaite pour les bourgeois bruntrutains, alors même que les bourgeois hospitalisés sont extrêmement minoritaires: ils sont 5.3% du total des malades en 1851-1858 et 3.2% en 1866-1869. Les autorités radicales bernoises désirent normaliser cet établissement et le remettre entre les mains des collectivités publiques locales, comme cela existe ailleurs dans le canton. Plusieurs coups de force permettent à la municipalité radicale, appuyée par l'Etat, de s'emparer officiellement de l'hôpital en 1866. La bourgeoisie épuise alors toutes les voies de recours, allant même jusqu'à s'adresser au Conseil fédéral et à l'Assemblée fédérale (1870), mais doit se résigner: l'Hôpital bourgeois devient la propriété des collectivités publiques du district en 1870.

Cette opposition à la politique gouvernementale s'explique surtout par l'engagement durable des bourgeois de Porrentruy au sein du mouvement conservateur. Une véritable médicalisation nécessiterait une profonde réforme (construction d'un nouvel hôpital, développement de la capacité d'accueil, augmentation du personnel soignant, etc.) qui risquerait d'aboutir à l'intervention de l'Etat. Ce n'est pas tant une question de santé publique qui est en jeu à Porrentruy mais un problème purement politique: dans le canton de Berne, la principale force d'opposition au radicalisme centralisateur provient du Jura catholique, et notamment de la bourgeoisie de Porrentruy. Dans ce contexte, on comprend mieux l'acharnement à ne pas perdre l'hôpital.

Après 1870, l'Hôpital de Porrentruy connaît un fort développement et une médicalisation poussée<sup>220</sup>. Le nombre de lits passe de 50 en 1870 à

<sup>220</sup> Voir DONZÉ 2001.

100 en 1916. On connaît dans le même temps une hausse des malades hospitalisés de 63% (de 573 en 1870 à 936 en 1916) et une amélioration de l'infrastructure médicale, symbolisée par l'adoption de l'asepsie (1894), l'installation de rayons X (1904) et l'ouverture d'une nouvelle salle d'opérations (1909). Cette époque est aussi celle de l'intervention croissante de l'Etat dans le financement des activités hospitalières. Les subsides cantonaux représentant 9.5% des ressources totales dans les années 1871-1880 et 14.7% dans les années 1901-1910. En l'espace de quelques décennies, on est passé de l'Ancien Régime au XX<sup>e</sup> siècle.

*L'Hôpital de Saignelégier de 1850 à 1914*

Terre catholique et conservatrice par excellence, les Franches-Montagnes n'acceptent que difficilement l'intrusion de l'Etat dans la gestion de l'hôpital local créé par les milieux religieux. La fondation de l'Hôpital de Saignelégier est un acte symbolique contre l'Etat radical. Il est en effet mis sur pied par une ancienne sœur ursuline expulsée à la suite du Sonderbund et revenue aux Franches-Montagnes en 1850 pour y ouvrir un petit hôpital de 8 lits, encouragée par le nouveau gouvernement conservateur<sup>221</sup> et des notables locaux.

Cet établissement est similaire à ce qu'on observe en terre fribourgeoise et participe à une politique de reconquête religieuse. L'inauguration d'un nouveau bâtiment en 1864 est l'occasion d'une grande manifestation, que l'on fait coïncider avec un anniversaire de sacerdoce, ce qui permet une démonstration des autorités ecclésiastiques régionales: l'évêque de Bâle est présent, de même que deux membres du chapitre cathédral, le chancelier épiscopal, six curés-doyens et 29 prêtres. Le conseil d'administration de l'hôpital est présidé par le curé du village jusqu'en 1960, et la direction interne assurée par les sœurs de la Charité, dont la supérieure rédige en 1865 le règlement intérieur de l'hôpital et met sur pied une pharmacie. Enfin, les dons reçus par l'hôpital entre 1850 et 1920 reflètent le caractère religieux et conservateur de l'institution. Ils se montent à un total de près de 222'000 francs, provenant pour l'essentiel de religieux (34.5%) et de rentiers (30.6%). Il faut citer aussi la présence de notables locaux (un ancien maire et un président du tribunal, 12.6%) et du patricien bernois Louis de Wattenwyl (3.2%). Le solde est fait de petits dons (19.1%).

Dans sa structure, cette institution reproduit le modèle hospitalier d'Ancien Régime. On ne donne en effet pas la priorité aux malades et à

<sup>221</sup> Le canton de Berne connaît un gouvernement conservateur entre 1850 et 1854.

leur guérison. L'Hôpital de Saignelégier est même le dernier du canton à se doter d'une salle d'opérations en 1905. Dès le départ, une large place est faite aux vieillards et incurables. On affirme en 1886 que «les affections chroniques, suites d'alcoolisme, figurent comme toujours pour un chiffre relativement élevé et quelques vieillards infirmes, impotents sont placés par les communes, faute d'autre asile»<sup>222</sup>. Malgré le manque de place, les administrateurs refusent à deux reprises de se séparer des vieillards et de les placer dans une nouvelle institution (1906, 1914). De plus, le complexe architectural hospitalier est aussi le lieu d'un orphelinat pour filles (1863). L'Hôpital de Saignelégier se présente donc comme le centre principal de l'assistance aux Franches-Montagnes.

Dans ces conditions, on comprend mieux l'opposition des notables francs-montagnards à un Etat radical interventionniste. Durant le Kulturkampf, le contrôle de l'hôpital devient l'un des enjeux du pouvoir<sup>223</sup>. Les administrateurs tentent aussi par exemple de refuser au préfet l'accès à la comptabilité de la maison en 1871 ou à l'Etat le droit de désigner des représentants au conseil d'administration en 1901, mais ces oppositions se soldent par des échecs. L'Hôpital de Saignelégier a besoin des deniers de l'Etat pour son développement et il réclame lui-même des subsides publics dans les années 1860 et 1870. L'ouverture du nouvel hôpital de 1864 n'a été rendu possible qu'avec un emprunt de 30'000 francs à des fabricants horlogers conservateurs. Malgré la décision des communes de participer au financement régulier de l'établissement en 1866 et de capitaliser les dons de particuliers au lieu de les utiliser pour le compte d'exploitation ordinaire dès 1867, on doit faire face à une situation financière difficile. Les charges financières se montent à 39.1% des dépenses d'exploitation en 1870. Dans les années 1890 à 1910, la part de l'Etat au financement de l'institution oscille aux alentours de 20%.

### *Heurs et malheurs des hôpitaux de la diaspora catholique*

Si l'Hôpital cantonal de Fribourg est le meilleur exemple romand d'un hôpital né de la contre-société catholique, on rencontre en terre protestante quelques cas plus modestes d'hôpitaux créés par les diasporas catholiques<sup>224</sup>. Avec les révolutions radicales des années 1840 et la nais-

<sup>222</sup> AEB, BB XI 724, Rapport 1886 à l'Etat de Berne.

<sup>223</sup> Entre 1878 et 1885, il n'y a plus de registre des procès-verbaux car le curé vieux-catholique cherche à s'imposer au conseil d'administration. Celui-ci ne se réunit plus et seuls quelques notables gèrent les biens hospitaliers de manière privée.

<sup>224</sup> Lorsque je parle de «contre-société catholique», je l'entends telle que l'a définie Urs Altermatt. Voir ALTERMATT 1994.

sance d'un Etat centralisé et laïcisé, les catholiques mettent en place leur propre société, avec ses institutions, ses associations, etc. chargées d'entretenir et de propager la foi dans un monde moderne laïcisant. Les hôpitaux catholiques créés au cours du XIX<sup>e</sup> siècle répondent à ce besoin communautaire.

*L'Hôpital catholique de Plainpalais à Genève (1846-1875)*<sup>225</sup>

A Genève, la création d'un hôpital catholique est la conséquence directe de la mixité confessionnelle du canton après 1815. La paroisse catholique de Saint-Germain est édifée en 1803. A sa tête se trouve le curé Jean-François Vuarin<sup>226</sup> : il fait venir de Paris en 1810 trois sœurs de la Charité<sup>227</sup> qui deviennent le noyau de la future communauté. En 1815-1816, Genève devient officiellement mixte avec l'absorption des communes savoyardes catholiques. Dans de nombreuses communes, on trouve des Filles de la Charité pour une activité sociale traditionnelle en pays catholique (visite des pauvres, enseignement, etc.). A Genève, les milieux catholiques les soutiennent et elles fondent une école pour filles, un orphelinat, un ouvroir, un dispensaire et un asile pour jeunes filles. Fers de lance du catholicisme social naissant, elles seront aussi à la tête de l'hôpital.

Au début des années 1840, le curé Vuarin, à plus de septante ans, désire en effet fonder un hôpital à destination des catholiques de Genève. Alors qu'on est en plein débat sur l'éventualité de créer un Hôpital cantonal, Vuarin propose de donner à l'Etat en 1843 ses immeubles personnels de Plainpalais pour y fonder un hôpital pour catholiques uniquement, desservi par les Filles de la Charité. Les protestants pourraient alors bénéficier de l'Hôpital général qui serait médicalisé. L'Etat refuse ce projet, car il désire uniformiser le système et mettre tous les Genevois sur pied d'égalité. On trouve en 1844-1845 lors des débats au Grand Conseil quelques voix qui demandent qu'on réétudie ce projet. Il s'agit généralement de conservateurs désirant obtenir une séparation des cultes dans les hôpitaux.

Suite à cet échec et au décès du prêtre (1843), le projet est repris en main par le Dr Edouard Dufresne<sup>228</sup>, fondateur de la première Conférence

<sup>225</sup> Voir DROUX 2000, pp. 49-61.

<sup>226</sup> Jean-François Vuarin (1769-1843) : prêtre d'origine française, réfugié à Genève sous la Terreur et curé de cette ville (1806-1843).

<sup>227</sup> Les Filles de la Charité sont présentes dès 1750 dans le Pays de Gex, puis en territoire genevois dès 1798 (car le Pays de Gex est annexé au Département du Léman).

<sup>228</sup> Edouard Dufresne (1818-1898) : médecin, député et très actif dans les milieux catholiques sociaux.

de Saint-Vincent de Paul en Suisse (Genève 1846). L'Hôpital catholique est inauguré sous sa direction dans un immeuble de l'abbé Vuarin, à Plainpalais, en 1846.

Desservi par les sœurs de la Charité, il connaît un succès certain durant ses trente ans d'existence, au point de concurrencer l'Hôpital général à la fin des années 1840<sup>229</sup>. Quelque 300 malades sont hospitalisés en 1862. Cet établissement jouit des faveurs de la communauté catholique genevoise. Il reçoit plus de 15'000 francs de dons et legs provenant de notables catholiques<sup>230</sup> entre 1853 et 1868.

Cet établissement est victime du Kulturkampf et de la nationalisation des biens du clergé. Malgré le soutien d'une pétition populaire et de 39 médecins de la ville<sup>231</sup>, le Grand Conseil genevois décide sa fermeture en 1875. On y installe peu après des services décentralisés de l'Hôpital cantonal (notamment la Maternité en 1877).

#### *L'Hôpital de la Providence de Neuchâtel de 1859 à 1910*

On retrouve une situation similaire à Neuchâtel, où un hôpital catholique est créé suite à un conflit confessionnel à l'Hôpital Pourtalès, dans un contexte de croissance et d'affirmation de la paroisse catholique. Dans cette ville, la paroisse est fondée en 1817<sup>232</sup> et prend peu à peu sa place dans la première partie du siècle. Une première chapelle est construite en 1827, grâce en grande partie à la générosité de Louis et Frédéric de Pourtalès<sup>233</sup>. Ce mécénat illustre la bonne entente religieuse qui règne alors à Neuchâtel. Le Dr Castilla, patricien fribourgeois et médecin à l'Hôpital Pourtalès, est l'un des meneurs de cette paroisse.

Dans la seconde partie du siècle, la communauté catholique connaît un grand essor qui se traduit par la fondation de nombreuses institutions à caractère éducatif et religieux. Une école pour garçons et une autre pour filles, une cure, une église, un orphelinat pour fillettes, ainsi qu'un pensionnat de jeunes filles de langue allemande sont créés. Tous ces établissements se situent dans un même périmètre géographique, dans le quartier

<sup>229</sup> Alors qu'on avait près de 30% de malades payants à l'Hôpital général au début des années 1840, cette proportion tombe à moins de 20% en 1847 et à moins de 15% en 1850. AEG, T 1 34/6, Rapport du Conseil de Santé à la Commission du Grand Conseil..., 18 juin 1849; AEG, AH, Ae., Rapport annuel, diverses années.

<sup>230</sup> MONTFALCON 1934.

<sup>231</sup> Voir DROUX 2000, p. 61.

<sup>232</sup> Sur les catholiques à Neuchâtel, voir DUTOIT 1988.

<sup>233</sup> La chapelle coûte au total plus de 15'000 livres, somme couverte par souscription pour environ 11'000 livres et le solde par des Pourtalès. De plus, le terrain est gratuitement mis à disposition par Louis de Pourtalès.

de la Maladière, si bien qu'on parle de « petit Vatican »<sup>234</sup>. Ainsi, lorsque les sœurs hospitalières quitteront Pourtalès (1859), elles y trouveront matière à perpétuer leur travail en faveur des malades.

Suite aux difficultés survenues dans cet établissement, le cardinal archevêque de Besançon, supérieur des sœurs, annonce à Pourtalès sa décision d'en retirer les sœurs. Cette annonce provoque un choc dans la communauté catholique bien décidée à garder ses religieuses à Neuchâtel. Sous l'impulsion du conseil de paroisse, une souscription en faveur du maintien des religieuses et de l'ouverture d'un hôpital catholique est lancée en 1859 et rapporte 54'873 francs en moins de trois ans. La liste des donateurs montre qu'on a affaire aux milieux catholiques et conservateurs de Neuchâtel et d'au-delà. On remarque notamment le soutien du comte Frédéric de Pourtalès et de son épouse, restés fidèles à leur engagement (14'000 francs, soit 25.5% du total) et des religieuses hospitalières (3'645, soit 6.6%). L'aristocratie catholique suisse et européenne participe à ce soutien. Les souscriptions faites à Fribourg rapportent 6'350 francs (11.6%) et celles de Berne 1'670 francs (3.0%). A Paris, 3'000 francs (5.5%) de souscriptions sont récoltés, ainsi qu'un don de l'impératrice des Français (1'000 francs, soit 1.8%). On note aussi le soutien de quelques autres grands noms de la noblesse européenne, comme le roi des Belges (100 francs, soit 0.2%), les princes de Savoie (300 francs, soit 0.5%) et l'impératrice de Russie (1'000 francs, soit 1.8%). Cette somme est dépensée dans le cadre de la construction du nouvel hôpital (1859-1862). L'établissement est ouvert en 1860 mais les travaux de premier aménagement continuent jusqu'en 1866 malgré de graves problèmes de liquidités: en 1863 et 1864, c'est la comtesse de Pourtalès qui paie les travaux (2'884 et 1'919 francs); une vente de plus de 10'000 images de Saint-Joseph est ensuite organisée, et rapporte 3'024 francs (à 30 centimes pièce). L'hôpital est définitivement terminé en 1871.

L'établissement est relativement petit, mais croît régulièrement. On compte 28 lits en 1880<sup>235</sup> et le nombre d'hospitalisations passe de 270 en 1871 à 303 en 1880, 506 en 1890 et 534 en 1921. Une petite maternité est installée en 1890, mais se ferme déjà en 1895 en raison de la concurrence de celle de Pourtalès. L'hôpital s'adresse aux couches populaires. Plus de 59% des journées d'hospitalisations sont gratuites en 1892. Malgré son origine, l'hôpital accueille ses malades sans distinction de religion: les catholiques ne sont que 43.2% en 1880. Dans les années 1910, la Providence connaît un développement qui en fait un hôpital comme les autres:

<sup>234</sup> GLASSON 1959, p. 14.

<sup>235</sup> A cette époque, Pourtalès en compte plus de 70.

on y ouvre une annexe pour femmes (1912), une installation de rayons X (1915) et une polyclinique (1919).

Le service médical est assuré par cinq médecins-chefs entre 1860 et 1919<sup>236</sup> qui assurent l'intégration de la Providence dans le système hospitalier neuchâtelois. Plusieurs médecins ont des liens directs avec d'autres établissements: le Dr Cornetz<sup>237</sup> (médecin-chef 1860-1869) a été assistant à Préfargier durant quatre ans (1856-1859), le Dr Charles Nicolas<sup>238</sup> (médecin-chef 1885-1889) est responsable de l'Hôpital de Chantemerle dès 1878 et le Dr Georges de Montmollin<sup>239</sup> a trois membres de sa famille à la direction de Pourtalès<sup>240</sup> et un cousin médecin à l'Hôpital de la ville<sup>241</sup>. De plus, des liens sont entretenus avec l'Etat (le Dr Albert Roulet<sup>242</sup>, médecin-chef 1871-1877, devient conseiller d'Etat en 1877) et la Commission de la Santé, dont le Dr Nicolas devient vice-président en 1889. Toutes ces relations privilégiées assurent une bonne place à la Providence, qui ne connaît pas la marginalisation de l'hôpital genevois.

### *La création de l'Hôpital de la Providence à Vevey*

A l'origine de l'Hôpital de la Providence de Vevey, on trouve une Française de Vesoul réfugiée à Vevey suite à la guerre de 1870. Son fils décède en 1881 d'une maladie de poitrine et cette dame Delachaulme désire faire un don en faveur de la fondation d'un Hospice destiné aux malades poitrinaires de religion catholique. En 1886, le conseil de paroisse s'érige en comité de l'hôpital et reçoit de cette donatrice une somme de 40'000 francs et une maison évaluée à plus de 53'000 francs. Le prêtre de la paroisse est président du comité et le restera jusque dans l'après-guerre.

On fait alors fructifier la fortune en attendant d'avoir assez pour s'établir, car la paroisse est très pauvre et ne peut utiliser ses propres deniers à cet effet. En 1908-1909, on songe sérieusement à ouvrir un hospice: des sœurs sont recherchées auprès de plusieurs congrégations, un architecte est choisi, etc. Alors qu'on possède environ 150'000 francs, on s'installe et

<sup>236</sup> GLASSON 1959, pp. 22-23.

<sup>237</sup> Cornetz (?-?): médecin d'origine alsacienne, installé à Nyon dès 1869.

<sup>238</sup> Charles Nicolas (1845-1898): médecin très engagé dans l'hygiénisme, membre de la Commission de salubrité publique de Neuchâtel et de la Commission de Santé, professeur d'hygiène à l'Université de Lausanne.

<sup>239</sup> Georges de Montmollin (1859-1920): médecin et colonel.

<sup>240</sup> Son arrière-grand-père Frédéric-Auguste de Montmollin (1776-1836), son grand-père François de Montmollin (1802-1870) et son grand-oncle Auguste de Montmollin (1808-1898).

<sup>241</sup> Henri de Montmollin, fils de son grand-oncle Auguste.

<sup>242</sup> Albert-Louis Roulet (1841-1886): représentant de l'Etat à la direction de Pourtalès.



Figure 29: *Archives Médiacentre, Bibliothèque cantonale et universitaire, Fribourg.*

L'Hôpital Daler de Fribourg dans l'Entre-deux-guerres. Les minorités protestantes fondent aussi leurs propres hôpitaux. C'est notamment le cas de l'Hôpital Daler en ville de Fribourg. Cet établissement y est ouvert par la communauté protestante germanophone en 1917. Il compte une septantaine de lits à son ouverture et se voit doté d'une maternité en 1930.

inaugure en 1910. Des ventes annuelles sont organisées pour les œuvres paroissiales (surtout pour les écoles catholiques), mais seule une petite partie des revenus sont versés pour l'hôpital: 500 francs sur un total de 5'098 francs en 1917 (9.8%); 500 sur 11'500 en 1919 (4.3%); 1'000 sur 13'850 en 1921 (7.2%). De fait, l'hôpital est intégré dans l'ensemble des œuvres de la contre-société catholique.

L'hôpital compte une centaine de malades par an dans les années 1910<sup>243</sup>. C'est surtout après les rénovations des années 1930 que cet établissement devient un hôpital d'envergure.

### Hôpitaux régionaux nés du radicalisme

Le radicalisme n'est pas seulement à l'origine de la création de quelques grands hôpitaux cantonaux universitaires. On observe aussi sous son impulsion la naissance d'établissements plus petits mais qui répondent

<sup>243</sup> Contre 846 pour l'Hôpital du Samaritain à Vevey en 1920.

à une même volonté modernisatrice et publique. En Suisse romande, on rencontre ces établissements surtout dans le canton de Berne, où l'Etat joue un rôle déterminant, et, dans une moindre mesure, dans quelques hôpitaux neuchâtelois.

### *Hôpitaux régionaux jurassiens*

De forte tradition interventionniste, l'Etat de Berne se fait un acteur essentiel du développement des hôpitaux régionaux après la révolution radicale de 1846. Une loi sur les hôpitaux est adoptée en 1848 et décrète le subventionnement des hôpitaux régionaux par l'attribution de 100 « lits de l'Etat » destinés aux indigents et répartis entre les divers établissements du canton. A cette date, l'Hôpital bourgeois de Porrentruy est le seul établissement jurassien à recevoir une subvention de l'Etat pour l'entretien de 10 lits à destination des malades des districts catholiques. A Delémont et à Saignelégier, les administrations hospitalières réclament le rapatriement d'un certain nombre de lits dans leurs nouveaux hôpitaux, d'autant plus que l'établissement bruntrutain est « très richement doté et [...] possède des ressources bien au-delà de ses besoins »<sup>244</sup>. Au cours du siècle, l'Etat augmente peu à peu sa participation financière et l'entretien de lits. A Porrentruy, le nombre de lits subventionnés passe de 9 en 1870 (soit 16% du total) à 15 (18%) en 1914. Dans le même temps, on observe une augmentation de 7 lits (20%) à 12 lits (20%) à Saint-Imier. L'Etat est un partenaire financier essentiel au bon fonctionnement du système hospitalier. En 1900, les subventions cantonales se montent à 45.2% des recettes totales à Moutier, à 21.2% à Saignelégier et à 17.2% à Delémont. En compensation de ce soutien financier, les administrations hospitalières rendent compte à l'Etat de l'activité médicale effectuée dans les lits subventionnés et du coût de la journée d'hospitalisation. A l'occasion, la Direction de l'Intérieur ne se gêne pas d'intervenir directement. Ainsi, elle écrit en 1871 à l'Hôpital de Porrentruy pour lui rappeler qu'il « est là pour donner des soins aux malades pauvres et non pour procurer aux fournisseurs [pharmaciens dans ce cas précis] des gains trop élevés »<sup>245</sup>. Un nouveau règlement adopté en 1900<sup>246</sup> étend le contrôle de l'Etat dans la gestion hospitalière. Les établissements subventionnés qui ne l'ont pas encore officialisé doivent admettre en 1901 des représentants de l'Etat au sein de leur conseil d'administration. On contrôle aussi la durée de séjour des

<sup>244</sup> AEB, BB XI 667, lettre du préfet de Delémont à la Direction de l'Intérieur, 23 janvier 1855.

<sup>245</sup> ABP, Archives de l'hôpital, 125 C, lettre de la Direction de l'Intérieur à l'hôpital, 14 avril 1871.

<sup>246</sup> AEB, Règlement concernant les hôpitaux publics du 3 avril 1900.

malades. Les médecins en charge doivent déclarer à la Direction des Affaires sanitaires les cas hospitalisés pendant plus de quatre mois dans un lit de l'Etat et justifier cette durée, sans quoi la subvention n'est pas versée. A Saignelégier, c'est même l'intervention directe du Conseil exécutif qui permet l'ouverture d'une salle d'opérations en 1905. En effet, les autorités cantonales sont choquées d'apprendre qu'on y opère toujours les malades dans leur lit au début des années 1900 et exigent du conseil d'administration qu'il mette fin à cet état de fait. Après 1919, le contrôle de l'Etat se relâche. La croissance généralisée du système hospitalier ne permet plus à l'administration cantonale de suivre les hospitalisés à la trace. Seuls des rapports détaillés sur les comptes et l'activité médicale sont envoyés à Berne.

L'interventionnisme de l'Etat ne pose pas de problème dans le cas des hôpitaux créés à l'instigation des collectivités publiques locales au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle (Saint-Imier 1844, Delémont 1848, Moutier 1871). Les communes n'ont alors pas les moyens de mettre seules sur pied un hôpital de district et le recours à l'Etat s'avère la meilleure solution, d'autant plus que ce sont souvent des personnalités radicales locales qui se trouvent à la tête de ces projets, tels le Dr Baswitz<sup>247</sup> à Saint-Imier ou les préfets Auguste Quiquerez<sup>248</sup> à Delémont et Louis Péteut<sup>249</sup> à Moutier. Partout la participation financière du canton de Berne est considérée comme un devoir de l'Etat.

Malgré cette importance de l'Etat dans les hôpitaux jurassiens, ceux-ci appartiennent aux collectivités locales, communes en tête. Ce sont leurs représentants réunis en assemblée qui élisent les organes dirigeants des hôpitaux. Pourtant, les communes sont des acteurs financiers très peu présents en dépit de leur qualité de propriétaire. Généralement, elles ne paient que les pensions de leurs indigents et n'accordent aucune subvention à l'établissement. Lorsqu'elles interviennent, leur part est peu importante: en 1910, elle représente 1.7% des ressources à Delémont et 9.5% à Moutier. De plus, les délégués des communes n'ont souvent aucune vue à long terme du développement hospitalier et leurs actions sont déterminées par une problématique villageoise. Ainsi, en 1866, les communes décident de baisser leur contribution à l'Hôpital de Delémont d'environ un quart en raison de la bonne marche financière de l'établissement.

<sup>247</sup> Hermann Baswitz (?-?): d'origine allemande, médecin à Saint-Imier dès 1837. Conseiller communal radical, il est expulsé du canton de Berne en 1850 suite à des troubles politiques et se réfugie dans le canton de Neuchâtel.

<sup>248</sup> Auguste Quiquerez (1801-1882): ingénieur, historien, archéologue et homme politique jurassien.

<sup>249</sup> Louis Péteut (1843-?): forestier, préfet de Moutier (1870-1905) et conseiller national (1897-1900).

*Ressources de l'Hôpital de Delémont, en % (1859-1910).*

	1859-1868	1877	1898	1910
Ressources propres	21.7	27.3	29.6	16.0
Pensions	8.3	45.8	45.8	65.6
Subsides Etat	13.7	11.9	17.7	14.2
Subsides communes	32.8	14.4	3.9	1.7
Dons	23.4	0.6	2.9	2.6

L'évolution du financement de l'Hôpital de Delémont montre comment on passe d'un traditionnel hospice de campagne à un hôpital médicalisé d'une petite cité industrielle. On observe tout d'abord un apparent retrait des communes, qui est en fait très relatif car ce sont elles qui supportent une partie des pensions de malades, et surtout celles des vieillards depuis l'ouverture d'un hospice dans le cadre de l'hôpital en 1871. Les communes sont donc un acteur important de la gestion hospitalière.

L'établissement connaît un très fort développement dans les années 1880-1910. La capacité d'accueil triple entre 1880 et 1914, atteignant 66 lits à la veille de la guerre. Une place de choix est faite à la chirurgie avec l'ouverture d'une nouvelle salle d'opérations (1888), l'autonomisation du service de chirurgie (1903) et l'installation de rayons X (1912). Ces nouveaux aménagements coûtent cher à l'hôpital et la part de l'autofinancement chute à 16.0% en 1910. Dans ces conditions, le recours à l'Etat apparaît comme salutaire: alors qu'il entretient sept lits dans les années 1880, son soutien s'augmente à onze en 1900 et treize en 1914. La part de l'Etat reste ainsi globalement stationnaire.

L'importance croissante des pensions reflète l'hospitalisation accrue d'ouvriers blessés et malades dont le nombre est en grande augmentation. Une politique très stricte à leur égard est adoptée, et il est décrété en 1873 que «les ouvriers étrangers devront naturellement faire partie des sociétés de secours qui nous remboursent nos frais»<sup>250</sup>. L'essentiel du développement hospitalier est donc supporté par les hospitalisés. La part de malades accueillis gratuitement est en chute libre dès la fin du siècle: si en 1890 les journées d'hospitalisations gratuites se montent encore à 91.5% du total, elles ne sont plus que 79.0% en 1900 et 56.4% en 1910.

<sup>250</sup> ACJ, 86 J 7, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 1<sup>er</sup> avril 1873.

### *Radicalisme et hôpitaux neuchâtelois*

Dans le canton de Neuchâtel, l'Etat ne s'engage que très peu dans le système hospitalier, laissant des privés s'en occuper<sup>251</sup>. Dans les Montagnes neuchâteloises, l'importance des idées républicaines touche fortement les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds, du Locle et de Fleurier. Pourtant, les caractéristiques traditionnelles sont très présentes dans ces établissements.

#### *A La Chaux-de-Fonds, des projets philanthropiques à un Hôpital communal (1841-1914)*

Une Chambre de secours est fondée par deux Chaux-de-Fonnières en 1841. Elles accueillent des indigents et des malades dans un petit appartement. Cette institution est bientôt victime de son succès (114 malades en 1845 et 119 en 1846) et les fondatrices songent dès 1845 à la construction d'un nouveau bâtiment et à l'ouverture d'un hôpital médicalisé dont elles seraient directrices. On a affaire à un établissement caritatif traditionnel, fortement dépendant des dons de particuliers (85.1% des recettes en 1844-1845) et qui entretient des liens forts avec l'aristocratie neuchâteloise et le pouvoir royaliste. Afin de réaliser l'hôpital, on décide en 1846 la création d'une commission pour le choix du terrain, avec à sa tête le maire de Chambrier et des délégués du conseil de ville de Neuchâtel et de la famille Pourtalès. Une souscription est lancée en 1846: on note entre autres des dons de la famille Pourtalès (2'700 francs), de Frédéric de Meuron (1'158 francs), du Conseil de Ville de Neuchâtel (3'000 francs), du Conseil d'Etat (9'659 francs), ainsi que du roi de Prusse (16'800£, soit 23'172 francs). Tout laisse à penser que l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds va suivre le modèle philanthropique neuchâtelois qui s'est développé ailleurs. C'est sans compter sur la bourgeoisie industrielle et commerçante de La Chaux-de-Fonds qui prend les choses en main et fait de ce projet un établissement communal.

Le coup de force a lieu en avril 1846, lors d'une assemblée à laquelle les aristocrates neuchâtelois se font excuser. Outre les deux fondatrices de la Chambre de charité, assistent à cette séance une vingtaine de notables chaux-de-fonnières chargés de réfléchir à la gestion du futur hôpital. Les fondatrices présentent un projet d'organisation qui remet toute la gestion et le contrôle de l'hôpital entre les mains d'un comité de dames qu'elles présideraient. Ce projet, pour le moins révolutionnaire dans une perspec-

---

<sup>251</sup> Voir pp. 87-90.

tive féministe, attire les foudres de ces messieurs qui déclarent que les femmes « ne peuvent prétendre à l'infailibilité »<sup>252</sup> et s'insurgent contre l'« absolutisme féminin »<sup>253</sup> dont font preuve leurs prétentions. Mais on craint surtout qu'elles se révèlent trop laxistes et que, trop émues par la misère, elles laissent entrer n'importe qui à l'hôpital. Les deux fondatrices sont finalement reléguées à la tête d'un comité de dames chargé de l'économat (1846). En réaction, elles refusent toute fonction et ferment leur Chambre de charité (1847). La voie est libre pour les messieurs. Un établissement de 45 lits est ouvert en 1849.

L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds est un fruit du radicalisme. Un projet de règlement voulait en faire vers 1847 « la propriété inaliénable de la population de La Chaux-de-Fonds; il est ouvert à tous les malades de la juridiction, aux termes du règlement d'admission, sans distinction de patrie ni de culte »<sup>254</sup>. Il est administré par un conseil nommé par l'assemblée des souscripteurs, puis par la commune dès 1854. Déjà en 1846, il y a parmi l'aristocratie philanthropique quelques donateurs issus des milieux horlogers et radicaux, comme Fritz Courvoisier<sup>255</sup> et la Loge maçonnique dont il fait partie. L'année suivante, on note les soutiens de fabricants d'horlogerie et d'avocats qui s'engageront dans la révolution de 1848 mais surtout d'une grande partie des classes moyennes: plus de la moitié des 28'356 francs reçus en 1847 sont le fait de dons ne dépassant pas cent francs. La caractère républicain de l'hôpital se traduit dans la composition du premier conseil général de douze membres élus par les souscripteurs en 1847. On y remarque la présence du meneur de la révolution radicale, Fritz Courvoisier, ainsi que de trois membres du gouvernement provisoire de 1848 (Louis Brandt<sup>256</sup>, Georges Dubois<sup>257</sup> et Louis Sandoz-Morthier<sup>258</sup>).

L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds connaît un développement classique, déterminé par la forte croissance démographique de la ville (+ 208% entre 1850 et 1914) et les progrès de la médecine hospitalière. Le premier bâtiment de 45 lits, étendus à 60 lits en 1858, atteint rapidement les limites de sa capacité d'accueil. Un petit lazaret est établi en 1878 et un pavillon des contagieux ouvert en 1881. Enfin, une petite polyclinique est ouverte en 1890. En 1898, un nouvel hôpital de 70 lits est inauguré. Il devient le lieu

<sup>252</sup> Archives de la ville de La Chaux-de-Fonds, Procès-verbaux des commissions de l'hôpital, 9 avril 1846.

<sup>253</sup> Ibidem, 20 mai 1846.

<sup>254</sup> Archives de la ville de La Chaux-de-Fonds, Projet de règlement non daté (antérieur à 1847).

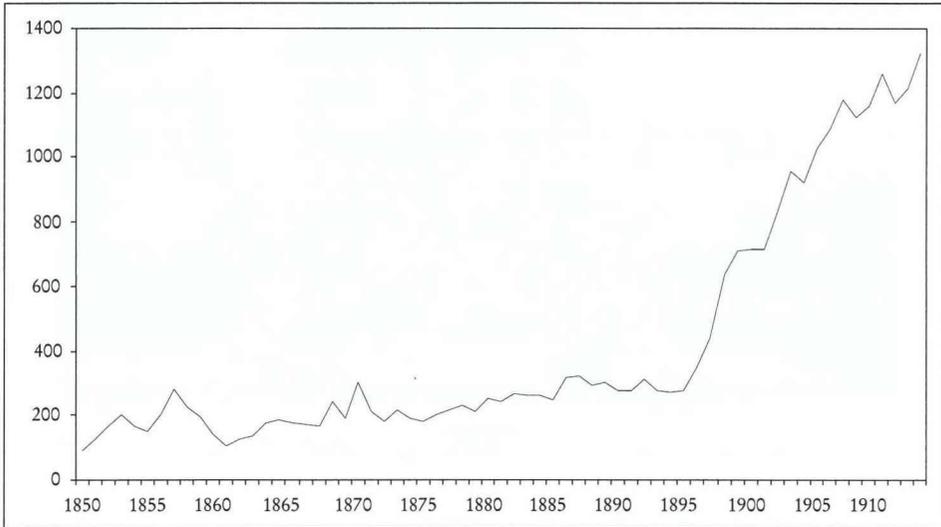
<sup>255</sup> Fritz Courvoisier (1799-1854): fabricant d'horlogerie de La Chaux-de-Fonds et meneur de la révolution radicale de 1848.

<sup>256</sup> Louis Brandt (?-1866): fabricant d'horlogerie et conseiller d'Etat (1848-1849).

<sup>257</sup> Georges Dubois (?-1866): médecin et conseiller d'Etat (1848-1849).

<sup>258</sup> Louis Sandoz-Morthier (?-1866): négociant en horlogerie.

*Malades hospitalisés à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds (1850-1914).*



d'une intense activité chirurgicale, sous la direction du Dr Frédéric de Quervain<sup>259</sup> (1897-1910). Une installation de rayons X est y inaugurée en 1905.

Au niveau financier, on remarque une participation de la commune, qui alloue une subvention et garantit d'éventuels déficits dès 1852. Pour les années 1861-1870, les ressources de l'hôpital se composent de dons (42.3%), des intérêts de la fortune (29.3%), des pensions de malades (14.7%) et des subsides communaux (11.7%). Mis à part ce dernier poste, la structure du financement de cet établissement est similaire à ce qu'on observe dans les hôpitaux à caractère privé et philanthropique, c'est-à-dire la prédominance des dons et de l'autofinancement. La fortune totale passe de près de 101'000 francs en 1849 à environ 570'000 francs à la veille de l'ouverture du nouvel hôpital (1897). Avec ce nouveau bâtiment, on s'achemine vers un nouveau type de financement, dominé par les pensions de malades (46.2% en 1900 et 53.2% en 1910) et les allocations de la commune (12.3% en 1900 et 29.3% en 1910). Les dépenses de fonctionnement connaissent une très grande hausse après 1898: elles se montent à 16'468 francs en 1890 et à 106'932 francs en 1910.

Malgré son origine marquée par le radicalisme, l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds présente un caractère très traditionnel, au moins jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Outre la structure de ses ressources, cela se remarque à la

<sup>259</sup> Frédéric de Quervain (1868-1940): assistant puis chef de clinique chez le professeur Kocher, chef du service de chirurgie de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds (1897-1910), professeur aux Facultés de Bâle puis de Berne.

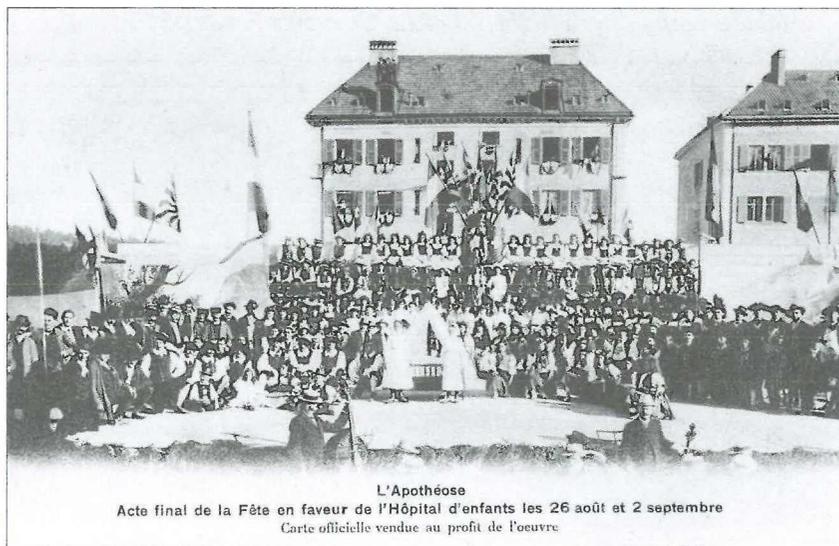


Figure 30: *Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds.*

Fête en faveur de l'Hôpital d'Enfants de La Chaux-de-Fonds, 1907. Bien qu'il soit propriété de la commune, l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds dépend aussi très fortement des dons. L'Hôpital d'Enfants, inauguré en 1915, est largement dû à l'initiative privée.

politique d'hospitalisation. En effet, il existe jusqu'en 1888 un comité d'admission des malades, qui se réunit tous les trois ou quatre jours et juge de chaque cas. Cette pratique est similaire à ce qu'on rencontre dans d'autres établissements (Hôpital cantonal vaudois, Hôpital de Couvet, Hôpital de Moutier, Hôpital Pourtalès, etc.) et participe d'une politique paternaliste de contrôle social. En transmettant le pouvoir d'admission aux médecins en 1888, on se dirige vers une dépersonnalisation de l'hospitalisation et la fin du paternalisme en milieu hospitalier. Enfin, le caractère traditionnel de cet établissement se remarque à l'engagement comme personnel soignant de diaconesses de Saint-Loup en 1849. Fers de lance du protestantisme conservateur dans le système hospitalier vaudois, elles n'en sont pas moins appelées à venir desservir le nouvel hôpital de La Chaux-de-Fonds.

#### *Le cas des hôpitaux du Locle et de Fleurier*

Dans le cas de l'Hôpital du Locle, on trouve un mélange particulier de charité philanthropique et de radicalisme révolutionnaire. A son origine, il y a en effet deux petits hôpitaux apparemment opposés, qui fusionnent

en 1855. Tout d'abord, un premier hôpital de dix lits est fondé en 1851 par une notable locloise qui en assume seule les frais d'aménagement et de fonctionnement. Elle en confie la gestion à un comité qu'elle nomme elle-même en 1852. Mais sa capacité d'accueil est trop faible et un second établissement de cinq lits, dit Hôpital fraternel, est fondé en 1854 par les milieux maçonniques. On trouve notamment à sa tête le Dr Baswitz, fondateur de l'Hôpital de Saint-Imier et expulsé du canton de Berne, ainsi que le fabricant d'horlogerie Henri Perregaux<sup>260</sup>.

Très rapidement, ces deux hôpitaux fusionnent en un seul (1855). Au capital de l'Hôpital fraternel se montant à 4'000 francs vient s'ajouter une souscription annuelle de 3'500 francs de la part de Mme Hassler, fondatrice du premier établissement. Au vu de son engagement personnel, celle-ci obtient le droit de désigner trois des sept administrateurs de la nouvelle institution, droit qu'elle abandonne en 1861. Dès lors, l'Hôpital du Locle est administré par un comité nommé par les souscripteurs. On reçoit de nombreux dons, particulièrement un legs de plus de 112'000 francs de la part de Mme Hassler, qui permettent un très fort autofinancement : les ressources propres atteignent 77.2% des revenus en 1880 et 82.0% en 1890.

Le nouvel hôpital de 1893 rompt cet équilibre financier et oblige l'hôpital à trouver de nouvelles ressources. Les communes sont soumises au paiement des pensions de leurs ressortissants indigents dès 1894 mais cela n'y suffit pas : en 1909, on commence d'entamer le capital pour couvrir les déficits. La question du financement ne trouvera une réponse qu'après 1945 avec l'intervention massive des collectivités publiques (Etat et communes) dans le financement du système hospitalier.

A Fleurier, l'hôpital ouvert en 1868 doit sa fondation à un industriel alsacien d'origine neuchâteloise, Edouard Vaucher<sup>261</sup>. Républicain convaincu, il avait offert à sa commune d'origine une école d'horlogerie, ouverte en 1851, afin de donner une formation et du travail aux enfants pauvres. Suite à des dysfonctionnements de cette institution, Vaucher décide sa transformation en un hôpital-hospice à destination des indigents de la commune. L'organisation de l'hôpital est tout à fait classique et son administration est remise entre les mains de notables et de diaconesses de St-Loup (1868), puis de Berne (1880). Ce mélange de gestion philanthropique et de volontarisme radical transparaît lors de l'inauguration de l'établissement. Dans son discours, le pasteur Germond de St-Loup donne une dimension républicaine à sa maison de diaconesses. On rapporte

<sup>260</sup> Henri Perregaux (1828-1893) : fabricant d'horlogerie au Locle et à Buenos Aires, promoteur du chemin de fer Jura Industriel, conseiller municipal au Locle et député.

<sup>261</sup> Edouard Vaucher (1801-1874) : enfant de Fleurier, employé de banque à Paris puis négociant à Mulhouse.

qu'«il a fait voir le Christianisme comme la religion démocratique par excellence, et il a si bien développé cette idée, en faisant voir comment Jésus-Christ était le premier des démocrates, et comment l'hôpital n'était autre chose que l'idée de Jésus-Christ réalisée [...]»<sup>262</sup>.

## Hôpitaux et industrialisation

La question de l'influence du radicalisme sur le développement du système hospitalier mène directement à celle de l'industrialisation. En effet, comme la majeure partie des hôpitaux apparaît entre 1850 et 1900, on pourrait imaginer que ces fondations trouvent leur origine dans l'industrialisation du pays qui est contemporaine. On pourrait ainsi concevoir la nécessité des infirmeries comme autant de moyens mis en place pour pallier les effets pervers d'une révolution industrielle mettant à mal le corps des individus (maladies et accidents). Dans une volonté d'externalisation des coûts de la santé ouvrière, les industriels seraient directement à l'origine de la création d'infirmeries. De plus, leur engagement dans cette œuvre philanthropique permettrait d'asseoir leur pouvoir paternaliste face à la montée du danger socialiste. La question des rapports entre industrialisation et hospitalisation est d'une grande complexité car ceux-ci peuvent prendre des formes bien diverses.

### *Chemins de fer, grands travaux et hospitalisations*

Dans le canton de Vaud, on invoque à plusieurs reprises l'impact des chemins de fer dans le développement des établissements médicaux, en particulier dans la région lémanique. Les chantiers de construction de cette industrie sont en effet extrêmement dangereux. Les blessés y sont très nombreux et sont généralement soignés dans une infirmerie proche. C'est entre autres le cas à Montreux dans les années 1890-1900. L'augmentation du nombre d'hospitalisations y passe de 152 en 1880 et 169 en 1885 à 228 en 1891. Les administrateurs l'expliquent par l'arrivée d'ouvriers du chemin de fer Glion-Naye: en 1891, 34 ouvriers sont hospitalisés sur un total de 228 malades, soit 15% du total. L'entreprise paie d'ailleurs leur pension et fait un don de 100 francs. En 1900, ce sont notamment les travaux du chemin de fer Montreux-Les Avants et de l'adduction des eaux du Pays-d'Enhaut qui sont responsables d'une augmen-

<sup>262</sup> Cité par KLAUSER 1996, p. 79.

tation exceptionnelle du nombre de patients. On atteint en effet cette année-là le sommet de 621 malades, parmi lesquels 169 ouvriers italiens, soit 27% du total<sup>263</sup>. A Sainte-Croix, en 1892, on accueille les premiers ouvriers du chemin de fer, atteints de typhus ou blessés par des explosions de mines. Ils sont encore peu nombreux : sur un total de 68 malades hospitalisés cette année-là, 51 proviennent du canton de Vaud<sup>264</sup>; alors que l'année suivante, on compte 98 malades, dont 27 étrangers (italiens pour la plupart).

Mais, si les chantiers des chemins de fer amènent leur lot d'ouvriers blessés, il ne s'agit jamais que d'un lien ponctuel, très limité dans le temps, qui ne saurait être à la base de la naissance d'une infirmerie. Il faudrait plutôt dire que les compagnies ferroviaires utilisent sporadiquement les établissements hospitaliers existant pour leur propre besoin. L'impact des grands travaux sur le réseau hospitalier est donc négligeable en terre vaudoise car le chemin de fer est justement une industrie qui ne fait que passer<sup>265</sup>. Ce cas de figure se présente dans l'ensemble de la Suisse romande. Ainsi, à Porrentruy par exemple, cinq conventions sont signées avec diverses compagnies de chemins de fer entre 1870 et 1901. Une salle d'urgence est même aménagée en 1873 spécialement pour les cheminots accidentés.

### *A Brigue, une infirmerie d'entreprise devenue hôpital régional*

Bien qu'exceptionnel, l'exemple de Brigue illustre l'aboutissement des liens entre industrie et hospitalisation. Dans ce cas, c'est un projet industriel, le percement des tunnels ferroviaires du Simplon et du Lötschberg, qui permet l'ouverture d'un hôpital. Vers 1900, on observe un manque patent de lits pour malades dans le Haut-Valais : il n'y en a qu'une trentaine dans le vieil Hôpital Saint-Antoine de Brigue et seize à l'Hôpital bourgeois de Loèche. La commune de Brigue discute de l'opportunité de développer son hôpital ou d'en construire un neuf dans les années 1900. La meilleure solution apparaît comme la création d'un nouvel établissement, mais la commune de Brigue n'en a pas les moyens financiers à elle seule. Une rencontre a alors lieu entre les préfets des cinq districts aléma-

<sup>263</sup> Il faut aussi noter la présence d'environ 150 enfants touchés par une épidémie locale d'angine. Il faudra attendre le nouveau bâtiment de 1927 pour compter autant d'hospitalisés.

<sup>264</sup> Alors que les ouvriers de chemins de fer sont la plupart du temps d'origine étrangère.

<sup>265</sup> J'aborde ici le problème des hôpitaux régionaux et non celui des cliniques privées. On comprendra donc que je ne tiens pas compte du développement du tourisme médical qui, lui, bénéficie largement de l'arrivée des chemins de fer.

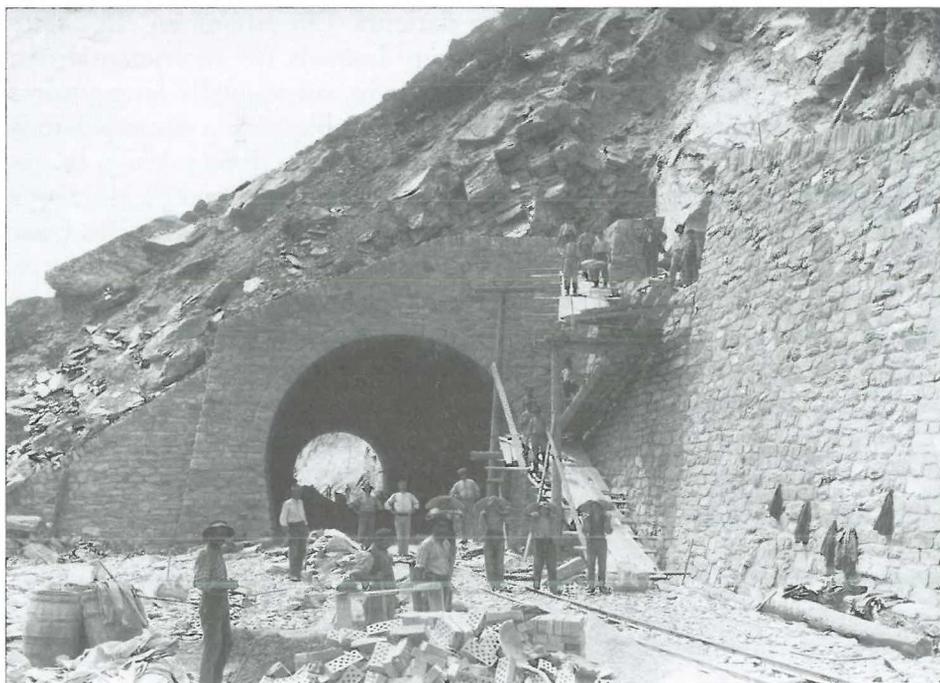


Figure 31: *Médiathèque Valais – Image et Son, Martigny (Fonds Zaza-Ortelli).*

Chantier ferroviaire du Lötschberg. Les administrateurs de l'Hôpital de Brigue déclarent en 1909 que « les énormes compagnies qui ont développé leurs activités dans le Haut Valais durant les années passées emploient des milliers d'ouvriers dans leurs entreprises »<sup>266</sup>. En 1908, première année d'exploitation de l'hôpital, on dénombre 250 blessés parmi les 612 hospitalisés, soit 41%.

niques (1907) et débouche sur un accord pour un hôpital régional qu'ils défendront dans leurs districts respectifs.

Cette réalisation n'est toutefois possible qu'avec l'intervention de la compagnie du BLS (Berne-Lötschberg-Simplon), responsable des travaux du Simplon. Ce chantier ferroviaire entraîne en effet une forte demande d'hospitalisations que la petite infirmerie privée de l'entreprise ne parvient pas à absorber. On va s'approcher des autorités politiques haut-valaisannes et leur demander de mettre sur pied un hôpital au financement duquel on s'engage à participer. L'établissement est construit en 1907-1908 et ouvert en février 1908. Le coût total de la construction se monte à 266'871 francs, couverts par les contributions des communes qui se montent à 62'316 francs (23.4%), un don de la compagnie ferroviaire de

<sup>266</sup> Bibliothèque cantonale du Valais, Rapport annuel de l'Hôpital de Brigue, 1909, p. 3.

50'000 francs (18.7%), une subvention de l'Etat de 12'000 francs (4.5%) et divers dons pour environ 41'000 francs (15.4%). Il manque près de 103'000 francs, dont la moitié est épongée par les communes et l'autre par un emprunt. Les bénéfices d'exploitation pour la période 1908-1911 sont utilisés pour les intérêts et les amortissements.

Dès son ouverture, l'hôpital est mis au service de la compagnie BLS, dont le médecin d'entreprise, le Dr Pometta<sup>267</sup>, est nommé médecin-chef en 1908 et le reste jusqu'en 1914. L'hôpital compte 80 lits en 1909 et une installation de rayons X, précoce pour une région périphérique mais nécessaire dans ce cas. 124 radiographies sont faites en 1910 et 385 en 1911, ce qui trahit une forte présence d'ouvriers blessés. La croissance des hospitalisations est soutenue dès l'ouverture de l'hôpital. On passe de 796 hospitalisations en 1908 (parmi lesquelles 40.8% de blessés) à un sommet de 1'726 en 1913. Il faudra alors attendre près de trente ans (1942) pour atteindre un tel niveau. Quant à la durée de séjour moyen, elle s'avère très basse (moyenne de 16.0 jours pour la période 1908-1913); il y a plus d'accidentés que de malades.

Après l'ouverture du tunnel du Lötschberg (1913), l'hôpital a fini d'assumer son rôle d'infirmerie d'entreprise et se normalise. Le Dr Pometta quitte Brigue en 1914, mais reste actif dans la médecine du travail, puisqu'il rejoint la CNA<sup>268</sup> en 1915. Le nombre de personnes hospitalisées chute fortement, malgré la guerre, et se stabilise autour d'une moyenne de 553 malades dans les années 1920. Quant à la durée de séjour moyen, elle oscille entre 25 et 30 jours dans cette même décennie.

### *Le problème du paiement de l'hospitalisation des ouvriers*

La question de l'hospitalisation des ouvriers n'est généralement pas réglée de manière aussi nette qu'à Brigue. En réalité, l'hospitalisation des ouvriers blessés ou malades pose de graves problèmes aux administrations hospitalières. Ils ne sont en effet pas considérés comme des indigents, puisqu'ils exercent une activité professionnelle. Mais la nature de leur travail est problématique: celui-ci est considéré comme dangereux et le patron est donc responsable de la santé de ses employés. C'est à lui qu'incombe le paiement des frais d'hospitalisation. Suite à la Constitution fédérale de 1874, qui donne à la Confédération les moyens légaux de légiférer sur le travail de fabrique, diverses lois proclament le principe de la responsabi-

<sup>267</sup> Pometta (1869-1949): médecin d'origine tessinoise, employé dans les entreprises de chemins de fer.

<sup>268</sup> Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents.

lité civile des fabricants<sup>269</sup>. Ce principe reste en vigueur jusqu'à l'adoption de la loi sur l'assurance maladie et accidents décrétant la création d'une assurance accidents obligatoire (1911)<sup>270</sup>.

Malgré ce cadre légal, le paiement des hospitalisations d'ouvriers s'avère difficile à faire admettre aux industriels. A Porrentruy, le gérant de l'hôpital affirme dans un rapport daté de 1893 que «l'application de cette mesure a provoqué les plaintes et les réclamations de la part de quelques chefs de ménage, la plupart aisés ou riches, qui, semble-t-il, auraient dû s'acquitter de suite, sans réclamation et avec remerciements»<sup>271</sup>. Certains fabricants d'horlogerie retiennent à ce titre une partie du salaire ouvrier. Pourtant, le remboursement des frais d'hospitalisation n'est pas toujours effectif:

«Un accident survient-il à l'ouvrier, le patron s'empresse de l'envoyer à l'hôpital; mais quand il s'agit de payer, c'est autre chose. Il a mille raisons pour expliquer sa mauvaise foi: l'ouvrier est parti; le patron n'est pas payé; il ne doit rien à son ouvrier, qui a laissé des dettes, etc.»<sup>272</sup>

Dans les établissements où l'hospitalisation gratuite est très largement accordée, le passage à une rétribution des journées d'ouvriers s'avère nécessaire. Ces malades nécessitent des soins souvent onéreux (opérations, pansements, etc.) et un développement des capacités d'accueil. A l'Hôpital Pourtalès de Neuchâtel, l'économiste propose en 1902 à la direction de faire passer les patrons à la caisse et en expose l'enjeu:

«Est-il juste que l'hôpital supporte des frais que la loi impose aux fabricants, aux exploitations, aux entreprises de chemins de fer; est-il équitable de décharger des directeurs de fabriques, des sociétés qui font des bénéfices ou des compagnies d'assurances qui répartissent des dividendes d'une partie des frais qui leur incombent pour les mettre à la charge d'un budget déjà trop lourd de l'hôpital?»<sup>273</sup>

Dès le premier janvier de cette année-là, les cinq principaux établissements hospitaliers de Suisse (hôpitaux cantonaux de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich) ont d'ailleurs adopté un prix de pension uniforme (2.5 francs par journée) pour les victimes d'accidents au bénéfice de ces

<sup>269</sup> Loi fédérale sur la responsabilité des entreprises de chemins de fer et de bateaux à vapeur (1875), loi sur la responsabilité civile des fabricants (1881), loi sur l'extension de la responsabilité civile (1887) et Code des obligations (1894).

<sup>270</sup> Voir MUHEIM 1998 a.

<sup>271</sup> ABP, Archives anciennes de l'hôpital, Propriétés de l'hôpital, 122. 20 décembre 1893.

<sup>272</sup> Ibidem.

<sup>273</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Rapport de l'économiste à la direction, 3 mars 1902.

lois fédérales. L'économiste de Pourtalès désire s'aligner sur ces prix et regrouper derrière lui les autres établissements hospitaliers du canton. L'entente s'avère pourtant impossible: sur les neuf hôpitaux contactés, seuls quatre se déclarent d'accord en faveur de l'unification des tarifs<sup>274</sup>.

La question du paiement des journées d'hospitalisation des ouvriers trouve en fin de compte une solution avec le développement de conventions particulières entre elles et les administrations hospitalières, comme cela se fait avec les compagnies ferroviaires. Dans le canton de Vaud, on est au départ quelque peu réticent d'assurer l'accueil d'ouvriers dans des infirmeries à capacité d'accueil limitée<sup>275</sup>, mais les signatures d'accords se généralisent rapidement. A l'Hôpital du Samaritain de Vevey, une première convention est signée en 1870 avec la Société de secours pour les ouvriers malades. Une étroite collaboration est alors mise en place entre l'infirmerie et cette société de secours. Celle-ci met à disposition un bâtiment en sa possession (1870) puis prête sans intérêts le produit de la vente de cet immeuble (37'200 francs en 1875) en faveur de la construction d'une nouvelle infirmerie. A Morges, des accords similaires sont passés avec la Société des ouvriers malades (1872), la section locale de la Société de secours mutuels (1882) et le Comité des ouvriers de la Société industrielle (1908). Des accords semblables sont signés dans certains cantons avec l'Etat pour ses fonctionnaires. A Porrentruy, le canton de Berne négocie en 1894 un accord pour l'admission des gendarmes malades. La Confédération en fait de même pour ses soldats et officiers (1900) et ses gardes-frontières (1913). Il n'y a pourtant encore aucune homogénéité dans le traitement des assurés, dont la valeur de la pension dépend de négociations multilatérales. Ainsi, à Porrentruy en 1913, on demande 1 franc par journée d'indigent (aux communes et à l'Etat), 2,5 francs pour les assurés à des caisses de secours et 3 francs pour les malades dépendant de la Confédération (soldats et gardes-frontières). Au niveau du financement des hôpitaux, cette participation des premières assurances reste relativement peu importante.

<sup>274</sup> Il s'agit des établissements de La Chaux-de-Fonds, de Couvet, de Fleurier et du Locle. Les hôpitaux de Perreux et de la ville de Neuchâtel ne répondent pas à la demande. Préfargier « ne pense pas qu'il y ait opportunité à s'associer de manière effective aux mesures à prendre », la Providence trouve cette augmentation exagérée, et Landeyeux préfère « fixer le prix de pension pour chaque cas particulier ». AVN, Hôpital Pourtalès, Rapport de l'économiste à la direction, 3 mars 1902.

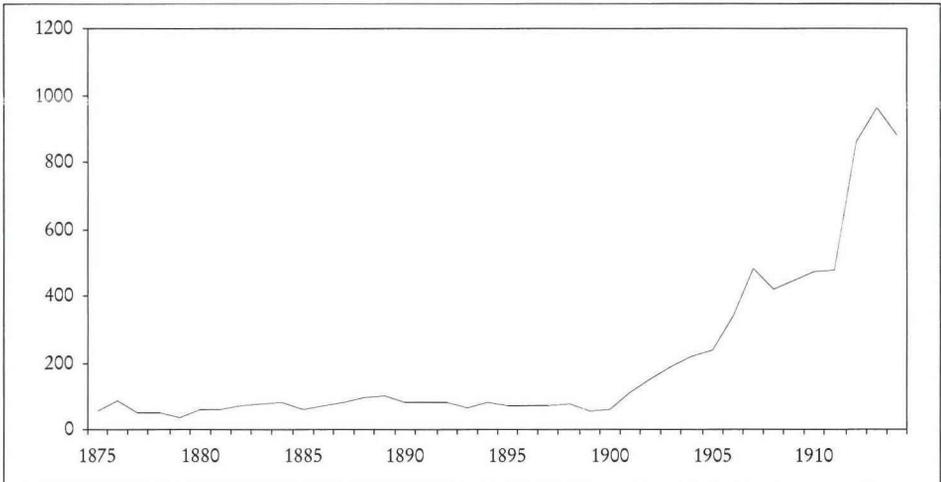
<sup>275</sup> Comme c'est le cas à Vevey-Samaritain en 1861: on encourage alors les ouvriers à devenir membres d'une société de secours afin d'être assistés à domicile en cas de maladie et de ne pas encombrer les lits de l'infirmerie.

*L'hôpital au service de l'industrie*

Si l'industrie n'est que rarement à la base d'une fondation d'hôpital, elle est néanmoins souvent un facteur de développement très important, notamment dans l'arc jurassien horloger. Plusieurs entreprises ont elles-mêmes une petite infirmerie dans leur établissement. C'est notamment le cas en 1885 à Fontainemelon (Fabrique d'ébauches) dans le canton de Neuchâtel et dans les années 1910 à Choindez (Louis de Roll) et à Tavannes (Tavannes Watch Co) dans le Jura bernois.

*L'hôpital comme service industriel: le cas de l'Hôpital de Moutier de 1870 à 1914*

L'Hôpital de Moutier doit sa fondation aux autorités communales de cette ville qui nomment en 1871 un comité d'initiative. Malgré des difficultés financières importantes, ce groupe de notables parvient à mettre sur pied un hôpital grâce aux subventions de l'Etat et des collectivités publiques de la région (communes, bourgeoisies, paroisses). L'établissement est ouvert en 1875 et connaît après 1900 un très fort développement, qu'illustre parfaitement la courbe des hospitalisations.

*Malades hospitalisés à l'Hôpital de Moutier (1875-1914)<sup>276</sup>.*

Après une période 1875-1900 très stable, on observe une explosion du nombre d'hospitalisations après 1900: on passe de 61 malades en 1900 à

<sup>276</sup> AEB, BB XI 705-706, Rapport de l'hôpital de Moutier à la Direction de l'Intérieur du canton de Berne, diverses années.

881 en 1914, soit une hausse de 1'344%. Cette très forte augmentation n'est pas le seul reflet d'une croissance démographique importante mais continue<sup>277</sup>, elle peut s'expliquer par une industrialisation massive de la ville dès les années 1900.

Dans un premier temps, l'Hôpital de Moutier est un établissement classique, né du désir de venir en aide aux classes pauvres. La capacité d'accueil est relativement réduite (12 lits en 1875 et 16 lits en 1900) et la direction assure la surveillance de l'établissement. Jusqu'à dans les années 1890, c'est d'ailleurs elle-même qui statue directement de l'entrée ou non des malades à l'hôpital et du prix de leur pension. Le service médical est assumé par un médecin qui conserve sa clientèle privée et par quelques infirmiers laïcs et domestiques directement sous les ordres de la direction. Ce rôle principal d'assistance se remarque aussi dans la structure des revenus. Jusqu'en 1900, l'hôpital dépend essentiellement des subventions communales (16.6% des recettes totales en 1890 et 20.2% en 1900) et cantonales (31.8% en 1890 et 41.2% en 1900) pour l'admission d'indigents. La haute durée de séjour moyen trahit la présence d'incurables<sup>278</sup>: elle se monte à une moyenne de 40.2 jours pour les années 1875-1899.

L'année 1900 est un moment charnière et fait passer l'établissement de Moutier du stade d'hospice à celui d'hôpital. Il faut d'abord noter d'importants changements au niveau du personnel soignant. C'est en effet cette année-là que des diaconesses de Berne sont engagées et que le Dr Frank Neuhaus<sup>279</sup> vient s'établir à Moutier. Il est nommé médecin-chef en 1901 et joue un rôle fondamental dans le développement chirurgical de l'établissement. Dès sa nomination, il demande l'achat d'instruments de chirurgie et l'ouverture d'une véritable salle d'opérations, ce qui est fait en 1903. Il est secondé dès cette année-là par le Dr Max von Herrenschiwand<sup>280</sup>, qui met à disposition de l'hôpital son installation privée de radiologie (1906). Les médecins prennent une place de plus en plus importante dans la maison: ils assistent régulièrement aux séances de la direction dès 1904 et obtiennent une augmentation de salaire en 1907. Mais surtout, c'est le développement de la capacité d'accueil qui est remarquable: il y a 16 lits en 1900 et 78 en 1914. Cette croissance extraordinaire trouve son explication dans les besoins des industriels locaux.

<sup>277</sup> La population de la ville de Moutier augmente de 46.3% (district 30.8%) entre 1880 et 1900, et de 50.0% (district 22.5%) entre 1900 et 1920. ANNUAIRE 1984, p. 68.

<sup>278</sup> Bon nombre d'entre eux sont renvoyés dès les années 1890 (trois en 1892, deux en 1893, trois en 1896, trois en 1897, etc.).

<sup>279</sup> Frank Neuhaus (1875-1935): médecin-chef de l'Hôpital de Moutier (1901-1935) et promoteur des Samaritains et de la Croix-Rouge dans le Jura bernois.

<sup>280</sup> Max von Herrenschiwand (?-?): médecin à l'Hôpital de Moutier (1903-1915) puis en ville de Berne.

En 1904, on parle d'agrandir l'hôpital et surtout son service de chirurgie pour faire face à la demande engendrée par le développement de l'entreprise métallurgique von Roll à Choindez et la construction du chemin de fer Moutier-Soleure. Les travaux sont faits en 1905-1906 et permettent de doubler la capacité d'accueil (de 18 à 36 lits). Quelques années plus tard, la construction du tunnel ferroviaire entre Moutier et Granges aboutit à un nouvel agrandissement de la maison (78 lits en 1912). Dans ce cas, ce n'est pas la compagnie de chemins de fer qui prend contact avec l'hôpital mais bien le contraire. Mandaté par l'hôpital, le Dr Herrenschand contacte en 1910 l'Hôpital de Brigue pour connaître les modalités de la collaboration de cet établissement avec une entreprise. Un membre de la direction est délégué à Berne, pour rencontrer la Compagnie Moutier-Granges et voir dans quelle mesure elle financerait un nouvel agrandissement de la maison. On lui propose en 1911 le demi-prix de pension pour ses employés et la garantie d'une mise à disposition permanente de 30 lits, si elle verse une somme de 40'000 francs, ce qu'elle accepte. Cette participation couvre les 4/5 de l'agrandissement. Ces divers aménagements permettent la forte croissance des hospitalisations. La chute de la durée de séjour moyen à 25.3 jours pour la période 1900-1914 montre bien qu'on a affaire à un hôpital médicalisé qui sert à soigner des ouvriers blessés, voire malades. Les travaux ferroviaires amènent notamment un fort contingent d'ouvriers italiens pour lesquels on se voit obligé d'édicter un règlement spécial en 1912, « afin de remédier aux différents abus signalés pour défaut de propreté »<sup>281</sup>.

Ce développement a des incidences sur le financement de l'hôpital. Après 1900, la part des collectivités publiques diminue au profit de celle des pensions de malades payées par d'autres partenaires (caisses de secours, entreprises, etc.) et par les hospitalisés non indigents. Ces pensions correspondent à 49.6% des recettes en 1905 et 65.7% en 1910. Malgré ce changement, il n'y a pas d'intervention financière et gestionnaire des industriels prévôtois avant l'Entre-deux-guerres. Jusqu'en 1914, ceux-ci profitent de l'infrastructure hospitalière pour leurs besoins mais ne s'intéressent pas à sa gestion: aucun industriel n'est membre des organes dirigeants et leurs dons à l'établissement sont encore exceptionnels.

### *Hôpital, industrie et paternalisme: l'Infirmierie de Sainte-Croix et l'Hôpital de Couvet*

Sainte-Croix présente un autre cas de figure des relations qui peuvent exister entre industrie et hôpital. Ici, on a affaire à un modèle plus pater-

<sup>281</sup> Hôpital de Moutier, Procès-verbaux de la Direction, 29 octobre 1912.

naliste qu'utilitariste. Les industriels sont très présents dans le projet de création de l'infirmerie, dont ils font l'un de leurs instruments de pouvoir sur la société locale.

La région de Sainte-Croix connaît dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle un développement économique et démographique dû aux succès des microtechniques (horlogerie, boîtes à musique, etc.). On passe d'un mode de production artisanal au mode industriel en 1875, avec l'ouverture d'une première fabrique, celle des frères Paillard, qui connaîtra un succès phénoménal<sup>282</sup>. Cette entreprise dynamique n'est pas seule mais représentative d'une nébuleuse industrielle très présente. C'est dans ce contexte de forte croissance que les milieux économiques vont entreprendre la création d'une infirmerie. Un comité provisoire formé des personnalités économiques influentes (représentants de l'agence de la Banque cantonale vaudoise, de Mermod Frères, de Paillard & Cie) est fondé en 1873. Deux ans plus tard, l'année pendant laquelle les frères Paillard ouvrent leur fabrique, un comité définitif de neuf membres est constitué. Outre Amédée Paillard<sup>283</sup> lui-même, les industriels Eugène Bornand-Coullery<sup>284</sup> et Louis Jaccard-Dérian<sup>285</sup> y sont engagés. Jusque dans les années 1930, on observe la présence presque continue de représentants des familles Paillard et Thorens dans les organes administratifs et dans le financement de l'infirmerie. Les frères Paillard s'illustrent aussi par leurs dons en nature pour des loteries en faveur de l'infirmerie. Ainsi, en 1877, ils offrent des boîtes à musique pour une valeur de plus de 600 francs. Cette proximité de l'usine et de l'hôpital se concrétise géographiquement, puisque l'infirmerie construite en 1880 se trouve sur le site industriel des Paillard<sup>286</sup> à qui le bâtiment est vendu après la construction d'un nouvel hôpital, inauguré en 1952.

L'infirmerie de Sainte-Croix est un établissement très modeste avant 1914. On ne compte que 22 lits en 1882. Quant aux hospitalisations, elles se montent à 47 en 1885 et 155 en 1915. Son financement doit beaucoup aux dons. L'infirmerie ouverte en 1880 a été payée comptant, notamment grâce à une somme de 30'000 francs réunie par le comité d'initiative à la fin des années 1870, et les dons représentent 27% des recettes en 1885 et 37% en 1900.

<sup>282</sup> On passe de 6 ouvriers en 1875 à 30 en 1880, 197 en 1900 et 347 en 1920. Voir TISSOT 1987.

<sup>283</sup> Amédée Paillard (?-1880): industriel, fondateur de la maison Paillard.

<sup>284</sup> Eugène Bornand-Coullery (?-?): fabricant d'horlogerie et promoteur du chemin de fer Yverdon-Sainte-Croix.

<sup>285</sup> Louis Jaccard-Dérian (1848-1908): fabricant de boîtes à musique, syndic, député et préfet.

<sup>286</sup> Le complexe architectural industriel des Paillard se compose d'une dizaine de bâtiments érigés entre 1875 et 1947, sur une surface totale de 3'784 m<sup>2</sup>. Voir TISSOT 1987.

Afin de saisir cette politique paternaliste dans toute sa complexité, il serait nécessaire de consulter les registres de patients et de voir si effectivement les entreprises de Sainte-Croix, Paillard en tête, profitent directement de l'infirmier pour leurs ouvriers. Si tel était le cas, l'engagement du patron dans cette œuvre socio-médicale prendrait tout son sens car elle réduirait symboliquement sa responsabilité dans un travail industrialisé et dangereux. Pour les ouvriers, l'infirmier n'est pourtant pas ressentie comme un lieu du pouvoir patronal. Des ouvriers du tunnel ferroviaire font un don de 5 francs en 1892. En 1908, l'Union Ouvrière obtient un service de consultations gratuites pour ses malades à l'hôpital.

Le paternalisme industriel est aussi très présent dans le Val-de-Travers. A Couvet, on observe une prédominance des familles Jequier et Dubied sur l'hôpital. Elles apparaissent comme les principaux soutiens financiers de la maison. Des représentants de ces familles se retrouvent aussi à l'intérieur de l'hôpital, au chevet des malades, à l'image des sœurs Jeanne et Madeleine Dubied, toutes deux infirmières laïques décédées de la grippe espagnole en 1918<sup>287</sup>. Dans cet établissement, il n'y a toutefois pas encore d'intervention directe du patronat industriel dans la gestion de l'hôpital. Elle se produira dans les années 1930, lorsqu'il s'agira de moderniser profondément l'institution.

### Cliniques privées

Dans un contexte d'hospitalisation réalisée essentiellement par des privés, il importe de définir ce que sont les « cliniques privées ». Brièvement, on peut dire qu'il s'agit d'institutions médicales non reconnues par l'Etat et totalement indépendantes dans leur gestion. Elles s'adressent principalement à une clientèle aisée qui subvient par elle-même à ses frais médicaux.

L'apparition des cliniques privées est liée à l'ouverture des Facultés de médecine et aux progrès de cette science. Alors que les hôpitaux cantonaux connaissent une forte croissance vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ils restent des institutions relativement peu médicalisées et qui s'adressent d'abord aux classes populaires. C'est dans leur pratique privée que les grands professeurs romands appliquent leurs savoirs. Or, la réputation de ces hommes va leur amener une clientèle aisée de plus en plus nombreuse et très internationale, dans un contexte de développement du tourisme médical sur la côte lémanique, dans la continuité de la découverte des

<sup>287</sup> Elles sont les filles de Paul-Edouard Dubied (1855-1911), directeur de la fabrique de machines à tricoter.



Figure 32: *Archives Médiacentre, Bibliothèque cantonale et universitaire, Fribourg.*

La Clinique du Dr Clément à Fribourg. Enfant de Fribourg, le Dr Gustave Clément étudie la médecine à Berne, Lausanne et Paris puis devient interne et enfin chef de clinique chez César Roux, à l'Hôpital cantonal de Lausanne. Son retour dans le canton de Fribourg en 1900 donne une impulsion décisive au développement de la chirurgie dans cette contrée. Chirurgien de l'Hôpital des Bourgeois dès 1904, il opère aussi dans plusieurs hospices de district, ainsi que dans sa clinique privée. Cet établissement privé est vendu en 1932 à la Société suisse d'aide aux malades et aux femmes en couches et prend le nom de Clinique Sainte-Anne.

Alpes dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>288</sup>. Cette nouvelle activité s'avère favorable aux médecins, dont le nombre à Montreux passe de 15 en 1900 à 29 en 1910. Un pharmacien de cette ville affirme d'ailleurs en 1913 que « le médecin suisse a trouvé de précieux auxiliaires dans les hôteliers »<sup>289</sup>. A Lausanne, l'hôtel Beau-Rivage aurait été transformé en une véritable clinique aux alentours de 1900<sup>290</sup>. Quant à la Clinique générale de Genève, elle devient membre de l'Association des intérêts de Genève en 1919. De cette manière, « notre clinique sera indiquée en bon rang aux étrangers qui viendront aux renseignements au bureau de l'association »<sup>291</sup>. Le développement touristique favorise aussi le thermalisme dans l'ensemble de la Suisse romande (Henniez, Loèche, Sainte-Croix, etc.). Les Bains d'Yver-

<sup>288</sup> Pour l'exemple lausannois, voir TISSOT 1999, ainsi que HELLER 1979, pp. 129-140.

<sup>289</sup> Cité par HELLER 1979, p. 135.

<sup>290</sup> Selon SAUDAN 1991 a, p. 61.

<sup>291</sup> Clinique générale Beaulieu SA, Procès-verbaux du Conseil d'administration de la Clinique générale de Genève, 15 mars 1920.

don connaissent l'apogée de leur succès grâce à Gustave Emery, frère du promoteur montreuisien Alexandre Emery, qui en fait un haut lieu du tourisme de luxe (1878-1904)<sup>292</sup>.

Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, on observe aussi l'ouverture de cliniques adressées à une clientèle particulière. C'est notamment le cas à Lausanne du Dr Louis Verrey qui s'approche des religieuses Trinitaires de la Drôme au début des années 1890, afin d'attirer les catholiques français de passage à Lausanne. Verrey explique qu'il y a déjà beaucoup de cliniques dans cette ville, mais souvent desservies par du personnel protestant et aucune ne « s'adressant spécialement à cette clientèle »<sup>293</sup>.

Toutes les grandes spécialités médicales du moment, et les célébrités de la médecine, ont leurs cliniques. Dans le domaine chirurgical, c'est notamment le cas à Lausanne de Charles Krafft, qui fonde en 1891 la Clinique de Beaulieu dans le cadre de l'école de La Source dont il est directeur, et de César Roux, qui ouvre la Clinique Rosemont en 1896. A Genève, ce sont les cousins Auguste et Jacques-Louis Reverdin<sup>294</sup> qui ouvrent la première clinique chirurgicale de la ville dans les années 1890. On y trouve aussi vers 1900 la clinique Les Arolles, dirigée par Ernest Kummer, chirurgien à l'Hôpital Butini puis à l'Hôpital cantonal. L'ophtalmologie est aussi très présente. A Lausanne, c'est Marc Dufour qui entretient trois cliniques privées à côté de son activité à l'Asile des aveugles, tandis qu'à Genève les docteurs Barde et Haltenhoff y ont tous deux une clinique. En orthopédie, on note l'Institut de rééducation de Placide Nicod et l'Institut médico-mécanique du Dr Scholder<sup>295</sup>, tous deux à Lausanne. Il existe aussi deux cliniques de gynécologie à Genève, celle du professeur de Seigneux<sup>296</sup> et celle de la Dresse Welt<sup>297</sup>, seule femme à la tête d'une clinique dans la Belle Epoque. Enfin, on trouve plusieurs établissements généralistes, comme les cliniques Florissant et Sylvana à Genève, ou La Pensée de Louis Bourget<sup>298</sup>, ainsi que la Clinique Bois-Cerf de Louis Verrey, à Lausanne.

<sup>292</sup> Voir HELLER 1979, pp. 112-118.

<sup>293</sup> ACV, QG 464, Rapport annuel de la Clinique ophtalmologique du Dr Verrey, 1894.

<sup>294</sup> Auguste Reverdin (1848-1908): professeur extraordinaire à l'Université de Genève (1887) et directeur de la policlinique universitaire (1899). Jacques-Louis Reverdin (1842-1929): chirurgien adjoint (1874) puis chirurgien chef de l'Hôpital cantonal (1882), professeur de pathologie et de médecine opératoire à l'Université de Genève (1876) et fondateur de la *Revue médicale de la Suisse romande*.

<sup>295</sup> Charles Scholder (1861-1918): médecin lausannois.

<sup>296</sup> Raoul de Seigneux (?-1947): directeur de la policlinique de gynécologie et d'obstétrique de Genève.

<sup>297</sup> Il s'agit peut-être de Léonara Welt (1859-?): médecin d'origine autrichienne et oculiste, elle épouse le Dr David Gourfein (médecin à l'Hôpital Rothschild puis professeur d'ophtalmologie).

<sup>298</sup> Louis Bourget (1856-1913): professeur de thérapeutique et matière médicale (1890-1898) puis de clinique médicale (1898-1913) à la Faculté de Lausanne.

Il faut aussi relever ici le cas particulier de Leysin et de Montana qui se dotent de nombreux établissements antituberculeux dès les années 1890<sup>299</sup>. A Leysin, c'est une alliance entre médecins et promoteurs touristiques qui permet l'ouverture des premiers sanatoriums. En effet, la Société climatérique de Leysin naît en 1890 de la rencontre entre les Drs Edouard de Cérenville, Fritz Morin<sup>300</sup> ainsi que Louis Secrétan<sup>301</sup> et l'homme d'affaires Ami Chessex<sup>302</sup>. Le premier sanatorium est ouvert en 1892, bientôt suivi de quatre autres. En 1898, ils assurent l'hospitalisation de 500 personnes. Mais surtout, le développement touristique-médical de Leysin doit beaucoup au Dr Auguste Rollier<sup>303</sup>, qui s'y installe en 1903 et y ouvre sa première grande clinique, Les Frênes, en 1909. Ses activités prendront une ampleur considérable dans l'Entre-deux-guerres. A Montana, on observe le même phénomène. Dans ce cas, il faut relever l'action prépondérante du médecin genevois Stephani<sup>304</sup>. Il fonde le sanatorium Beauregard (1899), transformé en hôtel luxueux dès 1904, ainsi que le sanatorium Stephani (1900). Ici aussi, c'est après 1918 que le site entre dans une phase de forte croissance.

*La clinique privée comme excroissance du cabinet médical:  
l'exemple de la Clinique générale de Genève SA de 1898 à 1918*

Le tourisme médical n'explique pas à lui seul l'apparition de cliniques privées à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Il faut aussi compter avec l'augmentation du nombre de médecins et le développement de l'environnement médico-technique. L'exemple de la Clinique générale de Genève permet d'éclairer ces divers aspects.

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le corps médical genevois est en pleine croissance<sup>305</sup>. Le nombre de praticiens passe en effet de 0.6 pour 1'000 habitants en 1860 à 1.42 en 1904. Les médecins se structurent en un lobby organisé et puissant, l'Association des médecins du canton de Genève (1892). Alors

<sup>299</sup> Voir DESPONDS 1993 et BARRAS 1994.

<sup>300</sup> Fritz Morin (1852-1925): président de la Commission centrale suisse pour la lutte contre la tuberculose et fondateur de la Ligue vaudoise contre la tuberculose.

<sup>301</sup> Louis Secrétan (1852-1902): médecin-chef et professeur d'ORL à la Faculté de Lausanne (1894-1902).

<sup>302</sup> Ami Chessex (1840-1917): promoteur du tourisme à Montreux et membre de nombreux conseils d'administration (Société romande d'électricité, Funiculaire Territet-Glion, etc.).

<sup>303</sup> Auguste Rollier (1874-1954): pionnier de l'héliothérapie, Dr honoris causa (1917) et professeur honoraire (1928) de l'Université de Lausanne.

<sup>304</sup> Théodore Stephani (?-1952): médecin genevois et praticien de la tuberculose, il commence sa carrière à Leysin avant de s'installer à Montana.

<sup>305</sup> Voir EHRENSTRÖM 1992.

que la médecine hospitalière se modernise de plus en plus dès la fin des années 1880, bon nombre de médecins n'ont ni accès à l'Hôpital cantonal ni les moyens de transformer leur cabinet en clinique. Dans ce cas, ils décident de mettre en commun leurs forces et de fonder leur propre hôpital, afin de leur permettre un accès à une infrastructure médicale de pointe (salle d'opérations aseptisée et rayons X).

Une première réunion des médecins genevois a lieu en mai 1898, dans les locaux de la Société médicale de Genève. Ils décident la création d'une clinique pour leur clientèle privée. Comme il s'agit d'un outil de travail pour ces praticiens, il importe qu'on y accueille le plus possible de cas de maladies, y compris ceux refusés ailleurs: on accepte ainsi les accouchements et les contagieux, alors que les aliénés sont refusés de justesse (sept voix contre six). On ne vise pas une médecine de luxe. Le Dr Edouard Goetz<sup>306</sup> affirme en effet qu'«il faut que les prix de pension de la clinique soient abordables pour la clientèle moyenne»<sup>307</sup>. Quant au Dr Emile Thomas<sup>308</sup>, il est sceptique, car il ne croit pas le projet rentable: il n'y aura «que la clientèle de la petite bourgeoisie pour laquelle des prix de 8 à 10 francs par jour sont trop élevés»<sup>309</sup>. Décidés à ouvrir une clinique, ces médecins mandatent un agent d'affaires et écrivent en mars 1899 à l'ensemble du corps médical genevois pour leur demander de se joindre à cette naissance: «Nous avons résolu, dans l'intérêt du Corps Médical Genevois et pour le bien de nos patients de provoquer la création d'une clinique.»<sup>310</sup> Malgré tout, la récolte d'argent s'avère difficile: un mois plus tard, seules 64 actions sur un total de 450 sont souscrites. Il faut alors une large publicité et l'intervention de quelques personnalités, comme le banquier libéral Alexis Lombard<sup>311</sup> ou Agénor Boissier<sup>312</sup>, qui souscrit 25'000 francs pour désengorger l'Hôpital Butini de ses malades contagieux. L'assemblée constitutive a lieu le 21 août 1899 et un bâtiment est inauguré à Champel en 1901 grâce à un capital-actions de 225'000 francs.

La Clinique générale est donc une création des médecins. Bien qu'ils soient relativement peu nombreux parmi les actionnaires (64 actions sur

<sup>306</sup> Edouard Goetz (1849-1917): médecin-adjoint à l'Hôpital cantonal de Genève (1885-1890) et membre fondateur de l'Association des médecins du canton de Genève (1892).

<sup>307</sup> Clinique Générale Beaulieu SA, Procès-verbal de la séance du 26 mai 1898.

<sup>308</sup> Emile Thomas (1860-1942): médecin inspecteur des écoles primaires, membre fondateur de l'Association des médecins du canton de Genève (1892) et conseiller municipal de Genève.

<sup>309</sup> Clinique Générale Beaulieu SA, Procès-verbal de la séance du 26 mai 1898.

<sup>310</sup> Clinique Générale Beaulieu SA, Circulaire aux médecins genevois, 28 mars 1899.

<sup>311</sup> Alexis Lombard (?-?): directeur de la maison Lombard, Odier & Cie, président du conseil d'administration de la Clinique générale de Genève (1899-1918).

<sup>312</sup> Agénor Boissier (1841-1913): rentier à Genève, membre du conseil d'administration de Saint-Loup (1892-1913) et administrateur unique de l'Hôpital Butini.

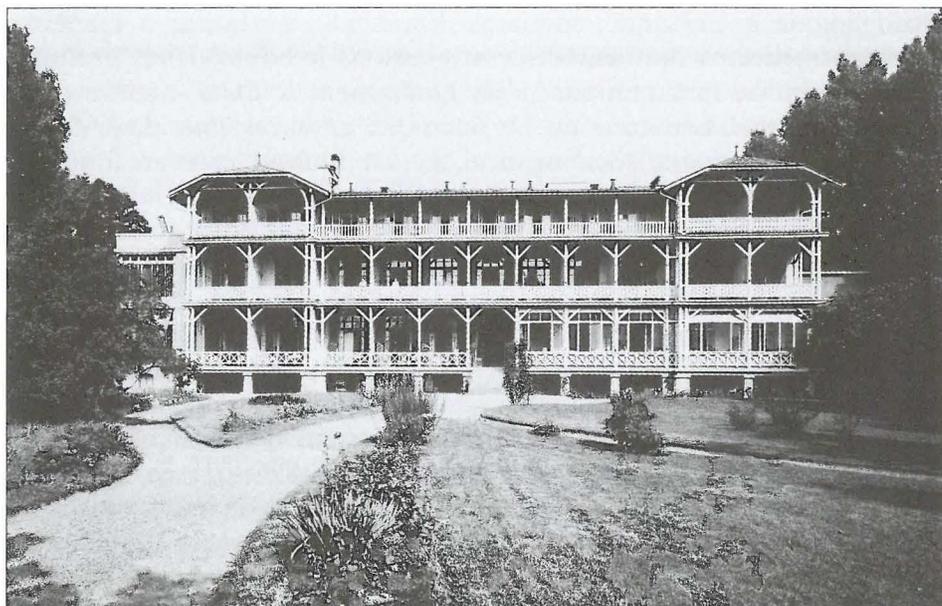


Figure 33: *Archives de la Clinique Générale-Beaulieu SA, Genève (P. George).*  
La Clinique générale de Genève lors de son ouverture en 1899.

450), ils sont très bien représentés dans les divers organes de l'institution. Le premier conseil d'administration de sept membres est présidé par Alexis Lombard entre 1899 et 1918 et compte cinq médecins.

Véritable outil de travail pour les médecins, la clinique devient vite populaire parmi le corps médical. En 1918, on compte un total de 58 médecins qui hospitalisent 354 pensionnaires (soit 6.1 par médecin). C'est surtout dans les années 1920 que la Clinique générale connaîtra un très fort développement et dégagera d'importants bénéfices financiers.

### *Cliniques privées et médecine sociale*

La description fait jusqu'ici de la clinique privée, à l'exception de la Clinique générale, est élitiste. Or, il serait abusif de concevoir la clinique privée de la Belle Epoque exclusivement comme telle. On n'a pas encore affaire à des établissements installés dans le créneau d'une médecine de luxe. Il faut plutôt voir la clinique comme quelque chose d'ouvert sur la société. Les médecins d'avant 1914 ont une forte conscience sociale, qui n'est certainement pas étrangère à leur travail quotidien dans des institutions ouvertes à tous (hôpitaux cantonaux, Asile des aveugles et Hôpital

orthopédique à Lausanne, hôpitaux Rothschild et Butini à Genève). Plusieurs médecins donnent des consultations hebdomadaires gratuites dans le cadre de leur clinique: c'est notamment le cas à Genève de la Dresse Welt et à Lausanne du Dr Scholder. D'autres sont directement actifs dans le domaine socio-médical. Le Dr Dufour crée un fonds en faveur des malvoyants et finance l'Asile Gabrielle-Dufour, inauguré en 1910, et son confrère genevois Haltenhoff est le président-fondateur de l'Association suisse pour le bien des aveugles. Le Dr Bourget s'engage au sein de la Ligue vaudoise contre la tuberculose (LVT) et Placide Nicod dans les milieux catholiques-sociaux<sup>313</sup>. Dans le cadre de l'école de La Source, le Dr Krafft ouvre un dispensaire (1891) et une petite infirmerie (1907) pour les indigents de Lausanne. Dans cette ville, la Clinique de la Trinité, fondée par le Dr Verrey, ne reçoit pas que des clients aisés, mais aussi beaucoup d'indigents (61 en 1894; 205 en 1898; 315 en 1899). De même, on accepte d'y soigner en 1897-1898 plusieurs ouvriers italiens du chemin de fer du Gornergrat.

Quant au développement des cliniques antituberculeuses et des sanatoriums de Leysin et de Montana, il n'est pas uniquement destiné à une clientèle aisée. Dans ces stations, la médecine privée côtoie une médecine destinée aux indigents, mais dans des établissements distincts. Le Dr Morin, favorable à l'ouverture de cliniques pour indigents, organise à Leysin des subventions de cures dès 1893, puis ouvre un Sanatorium populaire (1902), subventionné par l'Etat de Vaud, puis le Sanatorium des enfants (1910). A Montana, c'est le canton de Genève qui ouvre en 1903 son Sanatorium populaire.

Ces exemples montrent qu'il faut replacer la clinique privée de la Belle Epoque dans le contexte d'une pratique médico-sociale globale des médecins du tournant du siècle. Il s'agit d'un établissement élitiste destinée à une clientèle riche, qui assoit la réputation du médecin et lui procure des revenus, à côté de l'enseignement à l'Université. Mais ces cliniques restent généralement ouvertes sur la société et sont un important lieu d'action sociale des grandes personnalités médicales.

## Conclusion

Le temps d'un demi-siècle a donc suffi à l'émergence d'une centaine d'établissements qui n'ont en commun que le souci de guérir des malades. La diversité est en effet extrême. Tout d'abord, chaque système hospitalier

<sup>313</sup> Il est membre du Cercle catholique de Lausanne et de la Société Saint-Vincent de Paul.

cantonal possède ses propres particularités, puisque la santé publique est du ressort des cantons. L'Etat adopte ainsi parfois des positions diamétralement opposées: alors que les établissements hospitaliers sont de puissants instruments de pouvoir dans certains cantons radicaux (Genève, Vaud) ou conservateur (Fribourg), on observe dans d'autres cas une quasi absence de l'Etat dans ce domaine (Neuchâtel, Valais). La question hospitalière n'est pourtant pas qu'un problème d'implication de l'Etat. Bien au contraire, on observe une large prédominance de fondations privées, aussi bien protestantes que catholiques. Aussi, la diversité du paysage hospitalier romand en est directement le reflet. En l'absence de contraintes extérieures, les hôpitaux s'organisent comme ils l'entendent afin de répondre au mieux à la mission qu'ils se sont fixée.

Mis à part les hôpitaux cantonaux universitaires qui répondent en partie à une autre problématique, celle de la formation des médecins, on a affaire à une multitude de petits établissements dont la taille réduite permet une gestion peu coûteuse et paternaliste. Les médecins et le personnel soignant sont encore peu nombreux et l'équipement médico-technique sommaire, malgré les innovations des années 1890 et 1900. Avant 1914, les hôpitaux sont essentiellement des institutions caritatives. C'est dans l'Entre-deux-guerres que de profondes réformes en feront des entreprises de soins.

# REDÉPLOIEMENT DANS L'ENTRE-DEUX-GUERRES (1914-1945)

## Densification du système hospitalier

En 1914, le système hospitalier est, dans son ensemble, constitué. On assiste à quelques fondations nouvelles dans les régions périphériques du canton de Vaud et dans le Valais, mais pour l'essentiel, ce sont les institutions mises sur pied dans la seconde partie du XIX<sup>e</sup> siècle qui vont soutenir une première phase de croissance.

### *Quelques nouvelles fondations*

Les derniers hôpitaux régionaux romands sont créés au cours de l'Entre-deux-guerres. Dans le canton de Vaud, c'est le cas des établissements de la Vallée de Joux (1934) et de Lavaux (1942). La fondation de ces institutions se fait bien au cours des années 1870, mais il faut attendre plus d'un demi-siècle pour voir s'ouvrir des bâtiments hospitaliers, pour des raisons de manque d'argent (Vallée de Joux) et de conflit politique (Lavaux). Pourtant, ces deux hôpitaux présentent les mêmes caractéristiques que les autres hôpitaux régionaux vaudois: ce sont des institutions privées sans soutien public.

Dans le Valais, on assiste à la création de deux hôpitaux de district (Sierre 1922, Viège 1936), ainsi qu'à la transformation de l'Hôpital bourgeoisial de Sion en établissement régional (1935). La fondation d'un hôpital à Viège ne répond pas tant à une nécessité de santé publique, puisqu'il existe à Brigue un établissement médicalisé d'une centaine de lits,

mais à une politique de prestige et de paternalisme du préfet Viktor Petrig<sup>1</sup>, appuyé par la compagnie Lonza AG. Créée sous son impulsion en 1936, la société de l'hôpital régional a pour but le rachat de l'infirmierie fondée par les Ursulines en 1934, ce qui se fait en 1941.

Quant aux hôpitaux régionaux de Sierre et de Sion, ils doivent leur fondation tardive à l'échec de la mise sur pied d'un hôpital cantonal<sup>2</sup>. A Sierre, les promoteurs de l'établissement cantonal mettent en fin de compte leurs deniers dans la création d'un hôpital régional de haute qualité, ouvert en 1922. Le coût de l'opération se monte à près d'un million de francs, mais on obtient d'importantes subventions publiques (250'000 francs de l'Etat du Valais, 50'000 francs de la commune de Sierre et 27'000 francs des autres communes du district) et un très fort soutien privé (200'000 francs de Jean-Jacques Mercier et autant de l'Aluminium Industrie AG, AIAG). Le solde est assuré par un emprunt bancaire dont la charge financière engloutit les bénéfices d'exploitation de l'hôpital dans les années 1920 et 1930, sans pour autant nuire à d'autres investissements. Ici aussi, on peut compter sur le soutien de privés, et notamment de l'entreprise AIAG, qui verse par exemple 7'000 francs en 1925 pour la construction de bains pour grands brûlés, ainsi que de Jean-Jacques Mercier: ce dernier, reçu bourgeois d'honneur de Sierre, lègue à sa mort en 1932 une somme de 50'000 francs pour la construction d'un pavillon antituberculeux, pour y dispenser des soins aigus aux tuberculeux. L'hôpital est remis entre les mains du Dr Turini, ami intime de la famille Mercier, médecin-chef de 1922 à 1947, membre du Comité de Direction de l'hôpital (1920-1946) et président de ce Comité (1939-1946). Fruit d'un volontarisme politique, cet établissement se présente sous des atours très modernes à son origine et comprend des services autonomes de policlinique (1922), d'ORL (1923) et d'ophtalmologie (1928). Un pavillon antituberculeux y est ouvert en 1940, sous la direction du Dr Jacques Stephani<sup>3</sup> de Montana.

L'échec de l'hôpital cantonal et l'ouverture d'un établissement régional à Sierre portent un coup dur à l'Hôpital bourgeoisial de Sion, qui comptait sur une réalisation cantonale pour se moderniser et perpétuer une position dominante remise en question par l'émergence de nombreux établissements régionaux. Les autorités sédunoises ne se donnent pas les moyens d'une médicalisation de leur asile multiforme et il faut de longues discussions avec les communes des districts de Sion, Hérens et Conthey pour aboutir en 1935 à la création d'un hôpital régional.

<sup>1</sup> Viktor Petrig (1887-1973): notaire, député (1913-1949), conseiller national (1917-1943) et aux Etats (1943-1947), président du district de Viège (1921-1958). Il lègue plus d'un million de francs à l'Hôpital de Viège.

<sup>2</sup> Voir ci-dessous et pp. 85-87.

<sup>3</sup> Il s'agit du fils du Dr Théodore Stephani, promoteur des sanatoriums antituberculeux du plateau de Montana.

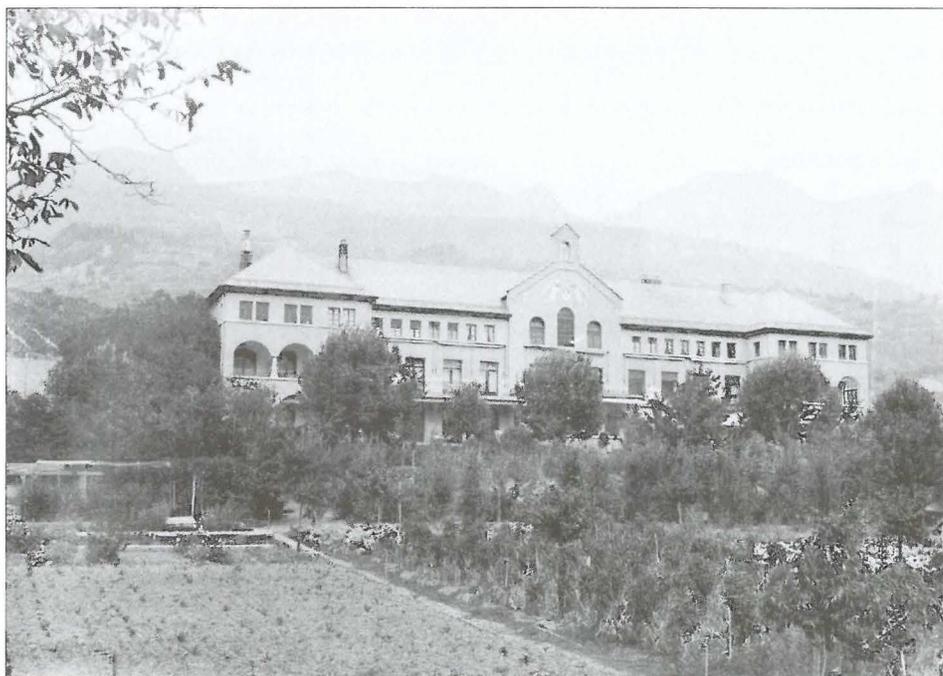


Figure 34: *Médiathèque Valais – Image et Son, Martigny (C. Krebsler).*

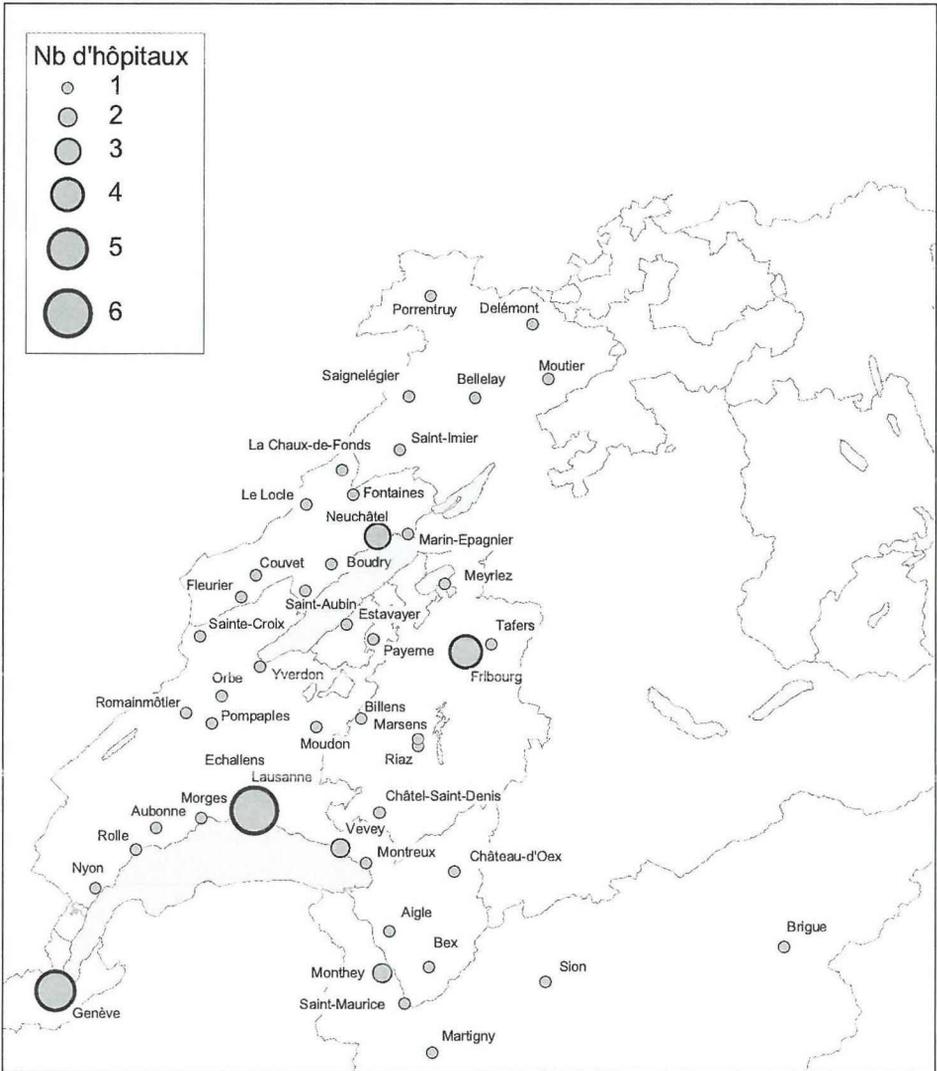
L'Hôpital de Sierre vers 1920-1930. Cet établissement est très vite populaire et répond à un véritable besoin de la population. Durant les années 1930, on compte une moyenne annuelle de 640 hospitalisations et de près de 370 malades à la polyclinique<sup>4</sup>.

Entre temps, la médecine a acquis une certaine autonomie au sein de l'établissement, lequel fonctionne comme une clinique à l'usage des médecins sédunois, assurant eux-mêmes une bonne part de l'équipement. Ainsi, ce sont les Drs Alfred Germanier<sup>5</sup> et Eugène Ducrey<sup>6</sup> qui y mettent respectivement sur pied des installations chirurgicales (années 1910) et radiographiques (1921). La place occupée par l'Hôpital de Sion dans le système sédunois de santé est mal définie et engendre à l'occasion des tensions. Le Dr Ducrey est accusé en 1925-1926 de détourner à son profit certains malades hospitalisés. Aussi, l'Hôpital régional mis en place en 1935 désire-t-il obtenir une position dominante non remise en question: pour éviter l'établissement d'une clinique privée concurrente en ville, l'établis-

<sup>4</sup> Bibliothèque cantonale du Valais, Rapports annuels de l'Hôpital de Sierre, 1930-1939 (manque année 1933).

<sup>5</sup> Alfred Germanier (1883-1952): assistant de César Roux, installé à Sion en 1915, propriétaire d'une clinique (1920), député conservateur.

<sup>6</sup> Eugène Ducrey (?-?): médecin à l'Hôpital de Sion jusqu'en 1926, propriétaire de la Clinique Beau-Site de Sierre, fondateur et directeur d'un sanatorium privé, La Moubra, à Montana dans les années 1930.



Carte 2: *Les hôpitaux romands en 1920.*

Les hôpitaux de Suisse romande en 1920. Le paysage hospitalier romand s'est extrêmement densifié au cours de la période 1850-1920: une soixantaine d'établissements répartis sur le territoire permettent à la population un accès aisé à la médecine hospitalière. Ce tissu hospitalier reste globalement le même au cours du XX<sup>e</sup> siècle.

sement est ouvert à tous les médecins. Ils sont 17 en 1946 à amener régulièrement leurs patients à l'hôpital.

La bourgeoisie de Sion accepte bien de céder une aile de son hôpital pour y loger cette nouvelle institution et de ne s'occuper désormais plus que des seuls vieillards et incurables (hôpital-asile) mais ne participe pas à son financement. Aussi, les bâtiments de Gravelone construits en 1940-1944 nécessitent-ils un emprunt bancaire, d'autant plus que les communes concernées refusent de participer à son financement. Cet important endettement (45.6% des dépenses d'exploitation de 1947 consacrées à la charge financière) jouera en défaveur du développement médical de l'institution.

### *Destins divers des hôpitaux cantonaux*

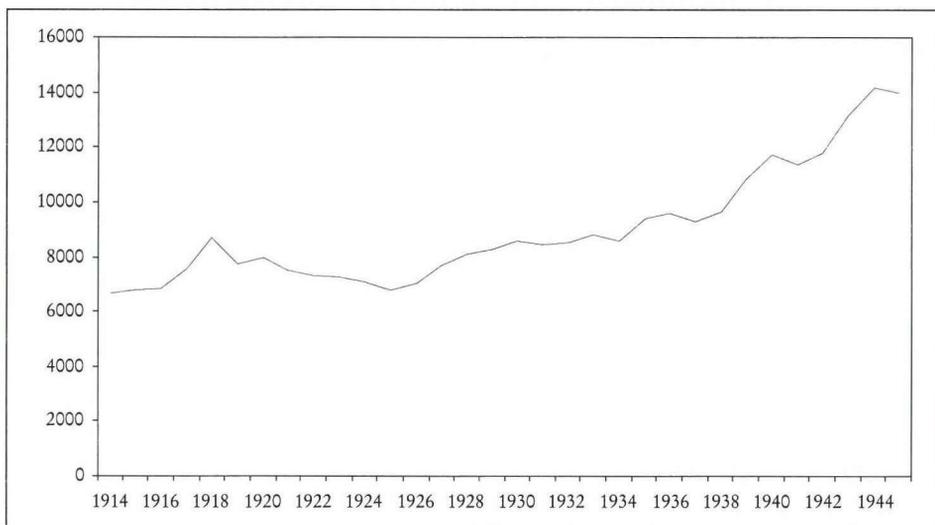
Instruments politiques de santé publique et de formation médicale, les trois hôpitaux cantonaux romands connaissent dans l'Entre-deux-guerres des destinées bien différentes. Alors que l'Hôpital cantonal vaudois amorce un mouvement de croissance tous azimuts, intégrant diverses institutions autonomes et préfigurant en cela le CHUV des années 1960 et la mise en réseau des années 1990, les établissements de Genève et de Fribourg présentent des profils plus stables, voire en manque de dynamisme.

### *L'Hôpital cantonal vaudois*

L'établissement cantonal le plus dynamique est sans conteste l'Hôpital cantonal vaudois, dont le nombre total de malades hospitalisés double entre 1914 (6'634 personnes) et 1945 (13'986 personnes). Ces chiffres reflètent le développement de la capacité d'accueil, qui passe de 525 lits en 1920 à 1'070 en 1940. L'institution s'ouvre aussi très largement aux classes moyennes et la part des journées d'hospitalisations gratuites chute de 50.6% en 1914 à 34.6% en 1922<sup>7</sup>.

Mais surtout, l'Hôpital cantonal se caractérise dans l'Entre-deux-guerres par une politique originale de croissance, alliant réalisations publiques et soutiens privés. L'Etat n'assume en effet pas seul le développement de l'institution, dont les dépenses restent limitées. Le déficit de l'Hôpital cantonal, couvert par l'Etat, est de 1.2 million de francs en 1920 et de 1.3 million en 1940. On assiste même, grâce aux soutiens privés et à

<sup>7</sup> Chiffres indisponibles après 1922.

*Malades hospitalisés à l'Hôpital cantonal vaudois (1914-1945).*

l'augmentation des prix de pension, à un taux d'autofinancement en nette augmentation, passant de 33.9% des dépenses en 1920 à 50.3% en 1940. Parmi les nombreux bâtiments annexes ouverts, on observe de nombreuses participations privées (Pavillon Bourget pour tuberculeux 1917, Hospice Sandoz pour malades chroniques 1932, Hôpital Nestlé 1935, Hôpital Guillaume Rossier 1937). On note aussi quelques réalisations de l'Etat (Maternité et Clinique chirurgicale 1916, Institut de physiologie 1918, reprise des pavillons d'isolement de la ville 1933, Institut d'anatomie pathologique 1942).

Cette stratégie d'expansion par le domaine privé trouve aussi son application dans les relations avec les hôpitaux spécialisés d'origine philanthropique. L'Hospice orthopédique se mue en un hôpital médicalisé au cours des années 1920, sous l'impulsion du Dr Placide Nicod. Un nouvel hôpital de 60 lits est inauguré en 1927 sur un terrain mis à disposition par l'Etat à proximité de l'Hôpital cantonal. L'intégration à la Faculté de médecine et aux instances cantonales se poursuit avec la nomination de Nicod au poste de professeur extraordinaire (1931) et l'ouverture d'une Ecole cantonale vaudoise de massage dans les murs de l'Hospice orthopédique (1936). Ce nouvel établissement permet un grand développement de l'orthopédie chirurgicale. Alors qu'on traite avant 1928 essentiellement des enfants atteints de malformations congénitales, la part d'adultes (essentiellement victimes d'accidents) augmente rapidement dans le nouvel hôpital: les plus de 18 ans représentent 10.3% des malades hospitalisés en 1928; ils sont 19.0% en 1932; 24.4% en 1934 et on a 47.6% de



Figure 35: *A.-M. Wolfgang, Pully.*

Pavillon Bourget de l'Hôpital cantonal, vers 1920-1930. La question de l'hospitalisation des tuberculeux est d'actualité dès la fin des années 1890. Le Dr Louis Bourget s'oppose à leur envoi en masse dans les sanatoriums de Leysin. Des questions aussi bien médicales que pédagogiques l'amènent à estimer que « le traitement des malades tuberculeux peut bien plus avantageusement se faire à l'Hôpital cantonal que dans d'autres établissements ou stations climatiques. Au point de vue de l'enseignement universitaire, l'hôpital doit garder les tuberculeux et disposer à cet effet d'installations spéciales<sup>8</sup> ». Il faut encore attendre près de 20 ans pour voir s'ouvrir le Pavillon Bourget, grâce au don d'un industriel belge, ami du professeur Bourget.

plus de 16 ans en 1940. Dès les années 1920, on cite très souvent les accidents de la route et de machines agricoles comme causes d'hospitalisation.

L'Asile des aveugles connaît quelques difficultés après la mort du Dr Marc Dufour (1910), avec notamment l'instauration à l'Hôpital cantonal d'une Clinique d'ophtalmologie concurrente. L'enseignement universitaire est finalement ramené à l'Asile en 1920 avec la nomination du Dr Jules Gonin<sup>9</sup> au poste de professeur. Cet établissement présente une grande stabilité (546 malades en 1910 et 531 en 1940) reflétant sa saturation. Il faut attendre le début des années 1950 pour assister à une réorganisation de la maison et sa croissance.

<sup>8</sup> ACV, KVIII B 6/2, Protocole des séances du Conseil de Santé et des Hospices, 12 mars 1898.

<sup>9</sup> Jules Gonin (1870-1935): médecin adjoint (1901) puis médecin-chef (1918-1935) à l'Asile des aveugles.

Enfin, l'Hospice de l'Enfance connaît un très fort développement après le décès du Dr Mercanton (1910), mais son intégration à l'Hôpital cantonal et à la Faculté de médecine n'est que très faible. Un nouveau bâtiment est construit en 1912 et augmenté d'un pavillon d'isolement en 1928. Les services de médecine et de chirurgie sont séparés en 1910 et confiés à des médecins souvent proches de l'Hôpital cantonal, comme le Dr Henri Vuillet<sup>10</sup> (chirurgie 1910-1925), futur chef de la Clinique chirurgicale, ou son successeur, le Dr Léon Picot<sup>11</sup> (chirurgie 1926-1950), chef de clinique chez le Dr Roux dont il est le gendre et l'assistant dans sa clinique privée. Ces médecins sont secondés d'un interne dès 1912 et de nombreux consultants externes (dermatologue 1915, oto-rhino-laryngologue 1917, dentiste 1919, etc.). Le nombre d'enfants hospitalisés passe de 229 en 1910 à 801 en 1940. Quant à l'intégration aux institutions cantonales, elle se fait par l'intermédiaire de la psychiatrie infantile. On ouvre en effet en 1938 un service de psychothérapie, Le Bercail, que l'on confie au Dr Lucien Bovet<sup>12</sup>, sous-directeur de l'Asile de Cery. Les relations entre les deux institutions se trouvent renforcées par la création en 1942 de l'Office médico-pédagogique vaudois (service de l'Etat rattaché à Cery), dont la direction est confiée au Dr Bovet: le Bercail devient le service hospitalier de la consultation ambulatoire.

Les trois grands hôpitaux spécialisés privés de Lausanne continuent donc leur développement de manière autonome, tout en s'intégrant peu à peu aux instances cantonales. Bien que l'Hospice orthopédique s'intègre géographiquement à l'Hôpital cantonal en 1927, les liens tissés sont d'abord des relations de personnes. Les médecins-chefs de services, parfois professeurs à la Faculté, jouent le rôle de pont entre la médecine hospitalière privée et la santé publique cantonale. Une intégration plus structurelle, notamment au niveau du mode de financement et du contrôle gestionnaire, apparaîtra dès les années 1950 et sera d'autant plus bienvenue que ces établissements à origine philanthropique peinent dès l'Entre-deux-guerres à assurer leurs ressources traditionnelles: en 1930, la part cumulée des dons et de l'autofinancement s'élève à 51.9% des ressources totales à l'Asile des aveugles, 32.0% à l'Hospice de l'Enfance et 6.7% à l'Hospice orthopédique.

<sup>10</sup> Henri Vuillet (1869-1932): professeur de clinique chirurgicale et gynécologie opératoire (1926-1932).

<sup>11</sup> Léon Picot (?-1957): médecin, président du conseil d'administration de La Source, membre du comité directeur de la Croix-Rouge suisse et président de la section lausannoise de la Ligue vaudoise contre la tuberculose.

<sup>12</sup> Lucien Bovet (?-1951): psychiatre, sous-directeur (1936-1942) puis médecin-adjoint de Cery (1942-1951), chef de l'Office médico-pédagogique (1942-1951).

*L'Hôpital cantonal de Genève*

Après une vingtaine d'années de très forte croissance, l'Hôpital cantonal genevois connaît une certaine stagnation dans l'Entre-deux-guerres. Le nombre total de lits est en effet de 810 en 1919 et de 870 en 1946. Seule une nouvelle clinique d'ophtalmologie est construite en 1921. Le nombre d'hospitalisations oscille aux alentours de 8'200 par an (7'869 en 1914 et 8'619 en 1939) et ne présente pas vraiment de hausse avant 1940, année pendant laquelle la barre des 9'000 hospitalisations est franchie pour la première fois. La durée de séjour présente une moyenne de 27.0 jours et n'évolue guère (25.7 jours en 1914 et 25.1 jours en 1939). Les dépenses de l'Etat en faveur de l'Hôpital cantonal restent stables. Elles se montent à 1.9 million de francs en 1920 (soit 5.5% des dépenses totales de l'Etat), 1.5 million en 1930 (3.8%) et 1.4 million en 1940 (3.3%).

Cette apparente stabilité cache pourtant des transformations profondes. Au niveau de la population hospitalisée, les classes populaires restent toujours la clientèle privilégiée de l'établissement, mais on s'ouvre aux classes moyennes: les journées d'hospitalisations assumées par l'Etat chutent de 82% en 1910 à 60% en 1920 et 50% en 1930, alors que la part des assurances s'élève à 3% en 1910, 8% en 1920 et 15% en 1930.

Mais c'est surtout au niveau de l'organisation interne de la maison que les transformations sont les plus patentes. On note l'apparition de services annexes et secondaires, comme le service social, dépendant à la fois de l'Hôpital cantonal et du Dispensaire d'hygiène sociale (1929) ou l'Institut pathologique, rattaché administrativement à l'Hôpital cantonal (1934). Quant à la Policlinique universitaire, elle est chargée en 1926 de s'occuper des soins à domicile dans certains quartiers populaires (Eaux-Vives, Plainpalais, etc.). Plusieurs services médicaux se détachent de la médecine et de la chirurgie et s'autonomisent, comme la physiothérapie (1922) et l'ORL (1930). Dans le domaine psychiatrique, on observe l'ouverture d'une polyclinique (1929), ainsi que l'agrandissement de l'asile de Bel-Air (1933).

Enfin, ces transformations internes se caractérisent par une augmentation du staff médical. Pour le seul Hôpital cantonal, on passe de 20 assistants et internes en 1912 à 31 en 1938 et de 15 médecins<sup>13</sup> en 1922 à 31 en 1935.

*Les difficiles débuts de l'Hôpital cantonal de Fribourg*

L'Hôpital cantonal est ouvert en 1920 dans les deux bâtiments de Gambach et de Pérolles, construits au cours des années 1910. C'est dans ce

<sup>13</sup> Médecins chefs de service et médecins adjoints.



Figure 36: *Archives Médiacentre, Bibliothèque cantonale et universitaire, Fribourg.*  
Hôpital cantonal de Fribourg, site de Pérolles, vers 1931.

cadre que l'institution connaît ses premiers développements. On y inaugure en 1921-1922 des policliniques de maternité, de médecine interne et d'ophtalmologie. Un pavillon pour enfants contagieux est ouvert en 1925.

Malgré cela, on atteint vite un maximum de 200 lits qu'il n'est pas possible d'augmenter dans ce cadre architectural. Le nombre moyen de malades hospitalisés présente une stagnation: il est de 1'889 dans les années 1921-1930, 2'422 en 1931-1940 et 2'481 en 1941-1950. L'Etat refuse de s'engager plus activement dans son Hôpital cantonal. La part des deniers publics qui y sont consacrés s'élève à 0.6% des dépenses publiques totales en 1920, à 0.2% en 1930 et à 0.3% en 1940. Afin d'économiser l'argent public, on continue la politique de sous-traitance avec d'autres institutions: une policlinique d'ORL est ouverte dans le cadre de la Clinique laryngologique du Dr Reymond<sup>14</sup> (1922-1936) et le laboratoire de bactériologie de la Faculté des Sciences s'occupe dès 1923 des analyses de l'Hôpital cantonal. L'absence d'une Faculté de médecine se fait cruellement sentir au niveau du corps médical. Mis à part les postes de chirurgien et de radiologue, les médecins-chefs des autres services (maternité, médecine interne, ophtalmologie, ORL, etc.) travaillent à temps partiel et conservent une pratique privée. Enfin, la gestion de l'institution n'est pas professionnalisée. Confiée pour un temps à un économiste (1920-1928), elle

<sup>14</sup> Henri Reymond (1876-1936): médecin spécialisé en ORL, établi à Fribourg en 1904 et médecin-directeur de la Clinique laryngologique dès 1906.

est assurée directement par une commission administrative dépendant de l'Etat entre 1929 et 1940, puis à nouveau par un administrateur unique après 1940.

Cet établissement reste donc très en retard sur les autres hôpitaux cantonaux romands. On assiste en fait à une certaine persistance du modèle d'Ancien Régime. Les indigents sont encore très nombreux: 54.8% des malades sont des indigents dont la pension est payée par la commune en 1943. La qualité de l'alimentation laisse à désirer (alimentation non variée, pas assez riche, insuffisante, de mauvaise qualité). En 1947, plusieurs plaintes à ce sujet sont envoyées au Conseil d'Etat, par les malades, ainsi que par les infirmières. Un hospitalisé écrit: «Vendredi 18 juillet: des macarons, de la salade et des cerises; mais les pâtes contenaient de nombreux vers.»<sup>15</sup>

Le gouvernement fribourgeois est conscient de cet état de chose et cherche à la fin des années 1930 à donner une certaine ampleur à cette institution et à l'intégrer à une nouvelle Faculté de médecine. Un Institut d'anatomie est inauguré en 1938. C'est dans le cadre de cette politique de rayonnement que le conseiller d'Etat Joseph Piller engage le Dr Ody<sup>16</sup> comme médecin-chef du service de chirurgie, à la mort du Dr Clément (1940), en lui promettant un poste de professeur dans la future Faculté. La chirurgie connaît alors un certain développement et le nombre d'opérations passe de 788 en 1938 à 1'087 en 1948. Mais cet homme ambitieux s'attire rapidement les foudres de ses collègues et des administrateurs de l'hôpital et démissionne en 1951. Quant au projet d'Hôpital cantonal universitaire, il est abandonné suite à l'échec de Piller aux élections de 1946.

### *Réorganisation des cliniques privées*

Dans les années 1920 et 1930, la clinique privée se libère de la tutelle des grands noms de la médecine et s'oriente plus systématiquement vers une clientèle aisée. Le développement des hôpitaux (cantonaux et régionaux) et des Facultés de médecine joue un rôle considérable dans cette évolution. En effet, avec les progrès techniques de la médecine hospitalière, les médecins ne peuvent plus assumer seuls le financement d'un petit établissement de qualité. De la clinique privée, ils vont donc revenir peu à peu au cabinet pour les consultations ambulatoires et utiliser l'infrastructure hospitalière (rayons X, salle d'opérations, etc.) pour leurs propres

<sup>15</sup> AEF, DSPa 972.

<sup>16</sup> François Ody (1896-1957): médecin à Genève, puis chef du service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Fribourg (1940-1951) et enfin praticien à la Clinique La Prairie à Clarens-sur-Montreux.

besoins. Il faut aussi noter le rôle des changements organisationnels au sein des hôpitaux dans l'Entre-deux-guerres: avec la réorganisation des services médicaux<sup>17</sup>, de nombreux praticiens se consacrent désormais à leur travail en milieu institutionnel (pratique médicale ou recherche). Les cliniques se recentrent sur une clientèle aisée et n'assument plus les activités sociales (consultations journalières gratuites pour indigents par exemple) qui étaient les leurs avant 1914.

L'ouverture à Lausanne d'une maternité de luxe, la Clinique de Mont-Choisi (1932), et celle de la Clinique Cecil dans un ancien hôtel (1931) sont symptomatiques de cette évolution. A Genève, la Clinique des Grangettes naît en 1933 de l'extension d'un établissement philanthropique (Pouponnière de l'Œuvre des Amis de l'Enfance). Quant aux cliniques psychiatriques de la Métairie (Nyon) et des Rives de Prangins, elles s'inscrivent parfaitement dans une logique de profit financier<sup>18</sup>.

La situation économique n'est pourtant pas toujours facile. En ville de Fribourg, la Clinique laryngologique, qui joue le rôle de service ORL de l'Hôpital cantonal, cherche une diversification dans l'ouverture en 1935 d'une maison de convalescence, la Villa Garcia. Le but est de trouver de nouveaux fonds et d'attirer la clientèle étrangère, qui aurait baissé dans les années 1930, afin d'ouvrir à moyen terme une clinique générale. Mais cet établissement dépend essentiellement des pensions de malades (88.5% des recettes en 1946) et, comme on n'a qu'un très faible taux d'occupation des 31 lits disponibles (33.8% en 1947), l'ouverture à une médecine généraliste est sans cesse retardée jusqu'en 1956. A La Chaux-de-Fonds, la Clinique de Montbrillant est en baisse d'activités suite au développement des services privés et semi-privés de l'hôpital (déficit de 140'000 francs en 1943) et cherche, en vain, un accord avec l'établissement communal. A Genève, les cliniques s'associent en une Association des cliniques privées (1942), afin de s'assurer des ressources suffisantes. Cette même année, une hausse uniforme de 10% des prix de pension est décidée pour l'ensemble des membres.

### *La Clinique générale de Genève*

L'exemple de la Clinique générale de Genève illustre bien les aléas des cliniques privées au cours des années 1920 et 1930. Cet établissement reste d'abord un outil de travail pour de nombreux médecins, qui représentent la moitié des administrateurs entre 1919 et 1945 (neuf sur un total de dix-

<sup>17</sup> Voir ci-dessous, pp. 222-228

<sup>18</sup> Voir FUSSINGER & TEVAERAI 1998, pp. 113-119.



Figure 37: *Archives de la Clinique Cecil SA, Lausanne.*

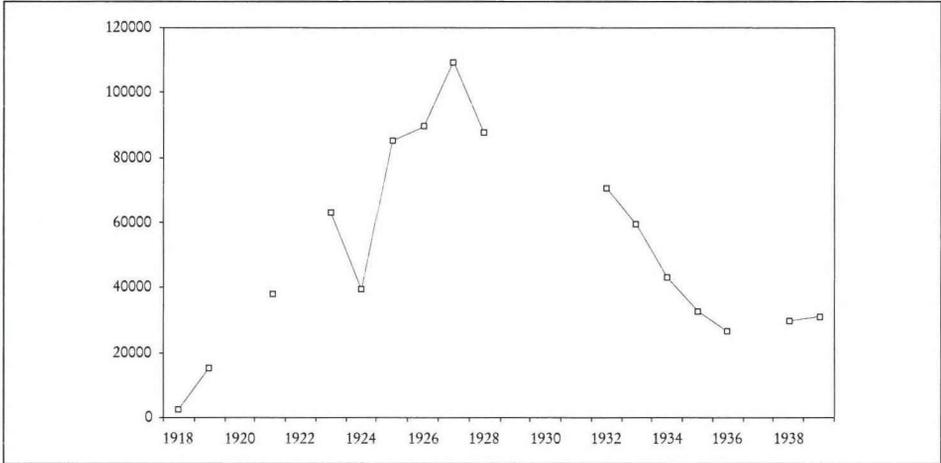
Salle à manger de la Clinique Cecil, début des années 1930. Transférée dans l'ancien Hôtel Cecil mis en faillite en 1929, la Clinique de Mont-Riant peut ainsi accroître sa capacité d'accueil. On s'installe dans un cadre luxueux destiné à attirer une riche clientèle internationale. Entre 1935 et 1968, la Clinique Cecil est d'ailleurs placée sous la direction d'un ancien directeur du Grand Hôtel de Leysin. Il représente de plus les cliniques privées au sein du comité de la corporation des hôteliers lausannois.

huit). Néanmoins, la clinique est une entreprise privée qui doit prospérer et qui est très sensible à la conjoncture: après de fastes années 1920, il faut faire face à la crise des années 1930.

Les années 1920 sont une période de forte croissance économique et les bénéfices d'exploitation sont en hausse constante, atteignant même près de 110'000 francs en 1927. Tout d'abord, cet argent est utilisé pour des amortissements, si bien qu'on se libère de toute dette en 1928. On décide cette même année de créer une réserve statutaire pour engranger les bénéfices. Mais on profite aussi de ces bénéfices pour améliorer l'équipement (radiologie 1922, laboratoire 1926, diathermie<sup>19</sup> 1927) et se faire une place dans le système de santé genevois. Ainsi, les administrateurs affirment clairement leur but en acquérant une installation de rayons X: «Nous serons bien outillés et aurons le pas sur les installations déjà exis-

<sup>19</sup> La diathermie est une méthode thérapeutique qui utilise des courants électriques alternatifs pour échauffer les tissus (diathermie médicale) ou les détruire (diathermie chirurgicale).

*Bénéfices bruts d'exploitation de la Clinique générale de Genève, en francs constants 1913 (1918-1939)<sup>20</sup>.*



tantes à Genève, surtout au point de vue thérapeutique.»<sup>21</sup> Le résultat financier ne se fait pas attendre :

« Malgré les frais extraordinaires encourus, les résultats des premiers mois d'exploitation sont très encourageants surtout pour l'appareil de thérapie. Ces traitements ont attiré beaucoup de malades et la clinique a enregistré une amélioration dans le nombre de journées.»<sup>22</sup>

Un compte intermédiaire en automne 1923 fait apparaître un bénéfice net de 42'392 francs pour la période janvier-septembre 1923 (dont environ 11'000 francs directement de la radiologie). Enfin, les membres du conseil d'administration ainsi que les actionnaires désirent profiter directement de ces bénéfices. Avant 1925, aucun dividende ni tantième n'est versé. Cette année-là, le versement d'un dividende de 2% est décidé pour la première fois, suivi d'une hausse à 5% (1926) et à 6% (1927-1930). Des tantièmes sont distribués aux membres du conseil d'administration dès 1927, puis des jetons de présence en 1930. Vers la fin des années 1920, la clinique devient un investissement rentable.

Cette euphorie est de courte durée. La clinique, agrandie en 1929 grâce à un nouvel emprunt, connaît de graves difficultés financières au début des années 1930. Avec la crise économique, les classes moyennes désertent

<sup>20</sup> Archives de la Clinique générale-Beaulieu SA.

<sup>21</sup> Clinique générale Beaulieu SA, Procès-verbaux du Conseil d'administration de la Clinique générale de Genève, 27 septembre 1921.

<sup>22</sup> Ibidem, 13 février 1923.

la clinique et se rendent à l'Hôpital cantonal. La Clinique générale ne peut bientôt plus faire face à ses dépenses fixes élevées. Alors que le prix négocié des actions a chuté à 50% de la valeur nominale en 1934, une véritable politique d'austérité est mise en place pour éviter la faillite, d'autant plus qu'il n'y a plus d'argent en caisse et que les banques refusent de prêter de l'argent (1934). Plus aucun dividende n'est versé depuis 1934 et les jetons de présence des administrateurs baissent de moitié (1936). On ordonne en 1936 aux sœurs de supprimer le thé ordinairement distribué aux malades et on leur refuse l'installation de nouveaux tapis en caoutchouc. Un comptable professionnel est engagé en 1937. De plus, il s'agit de conserver sa clientèle. Les tarifs de la clinique sont baissés à deux reprises (1934 et 1936) et on accepte une nouvelle installation de radiologie en 1935, « afin que notre outillage reste l'un des meilleurs de Genève et en vue de compenser par la bienfaisance du travail, l'inconvénient de la distance de la clinique »<sup>23</sup>.

Alors que la situation se stabilise après 1936, on adopte une stratégie de développement et de diversification dont le but est l'augmentation de la clientèle. En 1940, on cherche « un spécialiste de médecine générale, plutôt jeune, et susceptible d'amener à la Clinique une clientèle régulière en plus d'un chirurgien »<sup>24</sup>. L'année suivante, on installe une pouponnière, la première de Genève, pour attirer les enfants. En 1942, on organise le premier service de diététique de Genève (une sœur de Béthanie est allée se former pour cette spécialité à Zurich). On parle d'un nouvel agrandissement dès 1943, sur demande des médecins. Alors que le Dr Koechlin projetait d'ouvrir une petite clinique de luxe<sup>25</sup> (deux chambres), on le convoque à une séance du conseil d'administration (1<sup>er</sup> avril 1944) et on cherche à intégrer son projet dans le cadre de la nouvelle construction. Ce projet est toujours à l'étude en 1946 : plusieurs malades aisés iraient alors se faire soigner à Lausanne et à Zurich par manque de place dans les établissements genevois. Mais il y a de grosses difficultés financières. On envisage même en 1946 de demander des subventions de construction à la Confédération. Finalement, on achète une villa adjacente pour loger le personnel pour 90'000 francs (1946). On songe à développer la chirurgie esthétique (1946), sans lendemain. Ces divers aménagements permettent une nouvelle croissance et annoncent les Trente Glorieuses. Un dividende est à nouveau distribué aux actionnaires en 1948.

<sup>23</sup> Ibidem, 15 février 1935.

<sup>24</sup> Ibidem, 22 novembre 1940.

<sup>25</sup> Affirmant qu'« une clinique de luxe manque à Genève, et [que] beaucoup de malades riches vont se faire soigner à Zurich » (1<sup>er</sup> avril 1944), il veut ouvrir, avec du personnel de La Source, une clinique avec salle d'opérations ultra-moderne, projet devisé à 655'000 francs. Ce projet tombe à l'eau.

*Persistence de cliniques «sociales»*

Les cliniques privées ne sont pas toutes des entreprises qu'on cherche à faire fructifier et l'on observe encore une forte persistance des modèles d'avant 1914. La clinique privée est non seulement un instrument de travail, pour les médecins aussi bien que pour les écoles infirmières, mais aussi un gage d'indépendance pour certaines congrégations catholiques.

On trouve en Suisse romande au moins deux cliniques intégrées à des écoles d'infirmières. C'est notamment le cas à Genève de la clinique du Dr Reverdin, rachetée à son décès (1929) par l'école de Bon Secours pour en faire son service hospitalier. L'établissement s'ouvre aux médecins et devient la Clinique Beaulieu. On arrête l'obstétrique en 1944 pour ne faire plus que de la chirurgie, puis la clinique est vendue en 1947 à un groupe d'actionnaires (SA Albanis-Beaulieu). A Lausanne, c'est le cas de la Clinique de Beaulieu du Dr Krafft, qui est reprise à son décès (1921) par l'école de La Source. L'établissement se modernise et s'ouvre aux médecins: ils sont 33 à y pratiquer en 1923 et 57 en 1926. Le nombre de journées de malades est en forte augmentation et passe de 4'551 en 1922 à 7'965 en 1925, alors qu'on n'avait eu que 1'390 journées en 1896.

De plus, dans certaines régions mal pourvues en équipements hospitaliers, comme le Valais, quelques cliniques sont créées par des médecins pour se donner les moyens de leur pratique. C'est notamment le cas de la clinique du Dr Germanier de Sion (1920) et de celle de Beau-Site par le Dr Ducrey, à Sierre.

En terre catholique, on observe aussi l'apparition de plusieurs cliniques à caractère religieux s'expliquant par la permanence de la contre-société catholique et la nécessité d'offrir une médecine hospitalière de qualité dans un environnement catholique. A Fribourg, la Clinique Sainte-Anne naît de la vente de la clinique privée du Dr Clément à la Société suisse d'aide aux malades et aux femmes en couches<sup>26</sup> (1932). Dans le Valais, il faut citer la création à Sierre en 1932 du Foyer de la Providence (maternité, pouponnière, école de nurses) par la Fraternité des sœurs franciscaines de Dijon<sup>27</sup>.

*La lutte antituberculeuse et ses incidences sur le système hospitalier*

Apparue dans les années 1880 et 1890 avec les débuts de la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, les taudis et la misère en général,

<sup>26</sup> Société fondée en 1909 par un jeune prêtre lucernois et desservie par les sœurs de Sainte-Anne de Lucerne.

<sup>27</sup> Voir VOUILLOZ BURNIER & BARRAS à paraître.



Figure 38: *Archives de l'Hôpital Riviera, Site de Mottex.*

Pavillon Mottex, 1924. Fondé par la section de Vevey de la Ligue vaudoise contre la tuberculose, ce pavillon accueille 86 personnes en 1931 et 97 en 1932. Comme les infirmeries régionales vaudoises, il dépend financièrement des pensions de malades et des dons, mais bénéficie aussi de subventions fédérales au titre de la lutte contre la tuberculose.

la médecine sociale et préventive se développe à grande échelle dans l'Entre-deux-guerres. Le système hospitalier est fortement touché par ce phénomène.

On observe tout d'abord la création de nombreux pavillons antituberculeux dans le cadre d'hôpitaux régionaux, dans le but d'y isoler et d'y traiter les malades atteints de la peste blanche. Dans le canton de Vaud, on ouvre en 1919 le pavillon Bourget de l'Hôpital cantonal, qui deviendra le principal lieu d'hospitalisation des tuberculeux vaudois, avec les pavillons de plaine créés sous l'impulsion de la Ligue vaudoise contre la tuberculose<sup>28</sup> (LVT) et des époux Olivier<sup>29</sup> en particulier (La Côte 1923, Mottex 1924, Chamblon 1931 et Saint-Loup 1936). De plus, les hôpitaux accueillent souvent des dispensaires antituberculeux ou des infirmières-visiteuses (on en dénombre 20 dans le seul canton de Vaud en 1927), dont le travail est le dépistage de malades et leur placement dans un établissement adéquat.

Mais ce sont surtout les sites de Leysin et de Montana qui connaissent une très forte croissance dans la continuité des années 1890. Leysin se

<sup>28</sup> Voir GOTTRAUX-BIANCARDI 1987.

<sup>29</sup> Eugène Olivier (1868-1955): médecin vaudois et historien de la médecine. Charlotte Olivier (1864-1945): médecin-chef de la Policlinique universitaire de Lausanne (1911-1925) et leader de la LVT.

caractérisé par l'intense activité du Dr Rollier qui y possède dans les années 1930 une trentaine de cliniques héliothérapeutiques, en plus de la Clinique militaire suisse (1915) et de la Clinique-manufacture (1930) où il expérimente la cure de travail. On observe aussi de nouvelles créations cantonales, comme le Sanatorium Beau-Site du canton de Neuchâtel à Leysin (1921) et le Sanaval du canton du Valais à Montana (1941).

### Croissance du système

Si le système hospitalier romand ne connaît que peu de fondations nouvelles après 1914, les établissements existants sont l'objet d'un redimensionnement. Les bâtiments construits à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sont en effet bientôt trop petits pour permettre l'installation d'équipements sans cesse modernisés, créer de nouveaux services médicaux autonomes et faire face à une demande croissante d'hospitalisations.

### *Nouvelle infrastructure et nouveaux équipements*

La médecine hospitalière fait de grands progrès dans les années 1890 et 1900, notamment grâce à l'adoption de l'asepsie, qui permet de nombreux succès thérapeutiques dans le domaine chirurgical, et à l'utilisation de rayons X. La salle d'opérations et le service de radiographie deviennent les symboles de la modernité hospitalière. Chaque établissement, de l'hôpital cantonal universitaire à l'infirmierie de campagne, se dote au cours de l'Entre-deux-guerres de ces installations qui font le succès et la réputation des hôpitaux. Or, ceux-ci ont été généralement bâtis avant ces innovations et il devient difficile de les intégrer dans l'espace hospitalier comme il est de plus en plus problématique d'accroître les capacités d'accueil. On assiste donc dans l'ensemble de la Suisse romande à la construction de nouveaux hôpitaux, essentiellement dans les années 1930: Neuchâtel-Cadolles (1914), Montreux (1927), Saint-Loup (1928), Genève-Gourgas (1930), Riaz (1931), Aigle (1932), Martigny (1932), Orbe (1933), Rolle (1934), Saint-Imier (1934), Delémont (1935), Monthey (1935), Vevey-Providence (1935), Nyon (1938), Yverdon (1939), Payerne (1940), etc. De plus, tous les hôpitaux connaissent divers agrandissements et transformations, dont le but premier est l'augmentation de la capacité d'accueil et l'isolement de malades contagieux (surtout tuberculeux) dans des pavillons spécifiques.

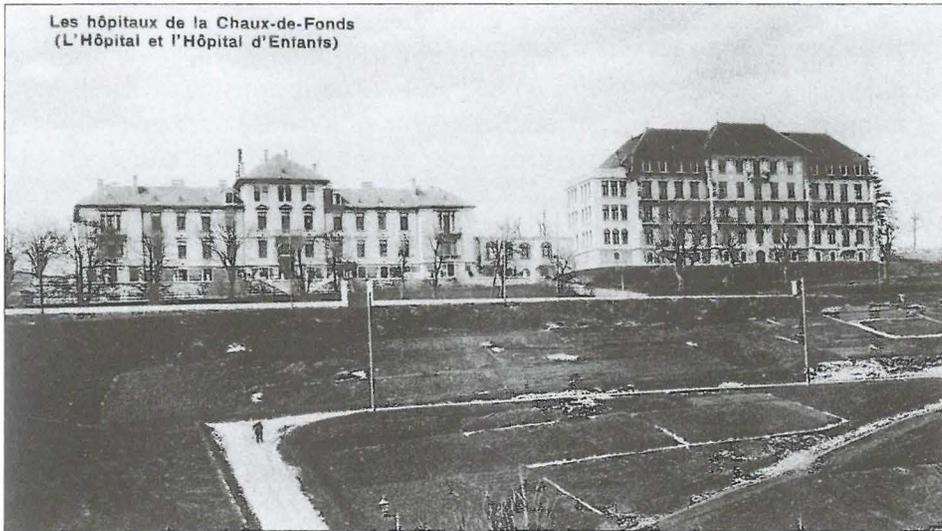


Figure 39: *Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds.*

L'Hôpital d'Enfants de La Chaux-de-Fonds, ouvert en 1915, est dû à l'initiative de la Mutuelle des Jurassiens bernois dont le président siège à la commission administrative de l'hôpital. Les ressortissants du Jura bernois voisin sont très nombreux dans les Montagnes neuchâteloises et représentent plus d'un tiers des hospitalisés à La Chaux-de-Fonds (36% des malades en 1910 et 35% en 1920). En développement constant durant l'Entre-deux-guerres, l'établissement chaux-de-fonnier est doté d'une maternité en 1921 et agrandi à deux reprises (1929 et 1932). Le nombre total de malades y passe de 1'322 en 1914 à 2'496 en 1945 (hausse de 89%).

Bien souvent, ce sont les médecins qui demandent ces aménagements nécessaires à l'organisation d'une médecine modernisée. Les rapports annuels sont le lieu de plaintes des médecins concernant l'encombrement de leur établissement. A Montreux, le médecin responsable fait en 1923 un état des lieux sans concession de l'infirmierie dans laquelle il travaille: services surchargés, manque de personnel, exigüité des locaux, hygiène élémentaire, etc. Le rapport se termine par une description de la policlinique révélatrice de cette obsolescence:

«Quant à la policlinique, au fond d'un corridor étroit, mal éclairé en hiver, loin des lavabos d'eau chaude et d'eau froide, meublé de sièges de fortune, les malades entassés pêle-mêle, de tous sexes, de tous âges, se montrant mutuellement leurs maladies ou leurs plaies, c'est une véritable cour des miracles et il faut bien être médecin et habitué à toutes les visions dantesques pathologiques les plus terrifiantes pour supporter un pareil champ de bataille.»<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Hôpital de Montreux, Rapport annuel, 1923, p. 12.

Au niveau suisse, le nombre total d'établissements pour malades<sup>31</sup> passe de 420 en 1909 à 535 en 1942 (soit une hausse de 27.4%) et le nombre total de lits de 32'713 en 1909 à 63'892 en 1942 (soit une hausse de 95.3%). Le nombre moyen de lits par établissement se monte à 77.9 en 1909 et à 119.4 en 1942. Même si cette croissance est en partie due aux établissements destinés aux tuberculeux (14.4% des lits totaux en 1909 et 21.3% en 1942), on peut affirmer que l'hôpital des années 1940 présente une capacité d'accueil qui est globalement 50% plus importante qu'en 1909. Mis à part les hôpitaux cantonaux, les établissements de plus de cent lits se multiplient (Montreux, Saint-Loup, Yverdon, etc.).

Les divers progrès techniques et cette croissance généralisée de l'infrastructure hospitalière ne doivent pas faire oublier que l'Entre-deux-guerres se caractérise aussi par une très forte augmentation du personnel hospitalier, ainsi que par sa professionnalisation. C'est d'ailleurs dans ce sens que le Dr Scheurer<sup>32</sup> de Bienne répond au comité de l'Hôpital de Moutier désireux de connaître son avis quant à une nouvelle installation radiologique:

«Je me vois vis-à-vis d'une manière de voir qui, malheureusement, est partagée par la plupart des Comités des Hôpitaux, par un grand nombre de médecins et par presque tous les représentants de l'industrie radiologique, qui, naturellement, en profitent. Cette manière d'envisager croit que la question d'un service radiologique est uniquement une question d'appareils. Je ne puis pas vous dissimuler que cette conception n'est pas plus logique que de prétendre que les résultats de la chirurgie seraient une question d'instruments perfectionnés. [...] La modernisation d'un service radiologique n'est pas en première ligne une question d'appareils, mais une question de personnel. [...] Messieurs, si vous achetez un nouvel appareil ou non, pour avoir de bons résultats vous ne pouvez pas vous passer d'une personne expérimentée. Malgré tous les progrès de la technique l'homme n'est pas encore tout à fait remplacé par la machine, pas même dans l'industrie.»<sup>33</sup>

### *La question du personnel infirmier*

Le redéploiement du système hospitalier nécessite une forte augmentation du personnel soignant. L'Hôpital cantonal de Lausanne compte 165 employés en 1910 et 420 en 1940 (soit une hausse de 155%). Dans le même

<sup>31</sup> Y compris les établissements psychiatriques et ceux pour tuberculeux. Voir ÉTABLISSEMENTS 1945.

<sup>32</sup> P. Scheurer (?-?): médecin établi à Bienne, spécialiste de gynécologie-obstétrique, il possède une clinique privée, ainsi qu'un institut privé de radiologie.

<sup>33</sup> Hôpital de Moutier, Lettre du Dr Scheurer au comité directeur de l'hôpital, 21 décembre 1934.

laps de temps, le personnel total de l'Hôpital cantonal de Genève passe de 196 à 397 (+ 103%). Certes, ces deux établissements sont les plus importants de Suisse romande et les hôpitaux régionaux restent de taille beaucoup plus petite. Néanmoins, le mouvement à la hausse est le même partout. Dans le Valais, on passe de 8 employés à Martigny en 1919 à 28 en 1942 (+ 250%) et de 15 employés en 1922 à Sierre à 54 en 1952 (+ 260%). A Aigle, on compte 15 employés en 1931 et 28 en 1945 (+ 87%).

Cette croissance remet en question les filières traditionnelles de recrutement que sont les maisons de diaconesses protestantes ainsi que les congrégations catholiques. D'une part, ces filières n'ont pas les ressources humaines suffisantes pour satisfaire une demande croissante de personnel hospitalier. D'autre part, on assiste à l'émergence de filières laïques de professionnalisation, généralement placées sous le patronage de la Croix-Rouge. L'exemple romand le plus représentatif en est l'Ecole de La Source, à Lausanne.

#### *Permanence des directions infirmières religieuses*

Les administrations hospitalières préfèrent l'engagement de religieuses, diaconesses ou catholiques, tant pour des raisons financières qu'idéologiques. En effet, comme elles considèrent leurs activités comme une vocation, les sœurs soignantes perpétuent leurs habitudes de travail, d'obéissance et d'abnégation. Si les hôpitaux versent une subvention aux maisons-mères de diaconesses ou aux congrégations catholiques, celle-ci s'avère relativement faible. Les religieuses ne perçoivent directement aucun salaire, elles sont entretenues par l'hôpital où elles travaillent et où elles logent. Elles incarnent la persistance d'une image idéalisée de la petite sœur des pauvres. Certains établissements à fort caractère philanthropique n'accepteront pas la laïcisation du personnel soignant. Ainsi, lorsque le Dr Carle de Marval<sup>34</sup>, promoteur de la Croix-Rouge en Suisse romande, propose en 1935 le remplacement à l'Hôpital Pourtalès des diaconesses de Strasbourg sur le départ par des infirmières diplômées de La Source, il se heurte à des considérations qui n'ont rien de médical :

«J'en ai déjà parlé au médecin-chef, mon jeune ami le Dr Gilbert Du Pasquier-de Haller qui – comme moi – se rend compte que ce serait tout à fait improbable que le comité antique et solennel de cet hôpital se résolve jamais à remettre Pourtalès en des mains principalement laïques [...] Du Pasquier

<sup>34</sup> Carle de Marval (1872-1939) : médecin neuchâtelois engagé dans la Croix-Rouge suisse, président-fondateur de la Pouponnière des Brenets et membre du conseil d'administration de La Source (1923-1939).

lui-même, pour des raisons historiques, familiales et autres ne se résoudra pas à ce que le personnel de Pourtalès soit autrement que religieux.»<sup>35</sup>

Les religieuses soignantes sont des employées qui travaillent dur et sans revendication. Le Dr Ernest Ceppi<sup>36</sup>, chirurgien de l'Hôpital de Porrentruy, donne en 1932 un témoignage sur les difficiles conditions de travail des sœurs dans son service:

«Nous avons été sur pied de neuf heures à midi et demi, de deux heures et demie à cinq heures et de huit heures à onze heures du soir. Entre temps, les Sœurs avaient à préparer tout le matériel instrumental ainsi que les locaux pour la séance suivante. En quittant l'hôpital, nous avons demandé aux Sœurs quand elles pensaient se coucher. «A deux heures», nous fut-il répondu, et il y avait assez à faire pour remettre en ordre tout ce matériel. Et aujourd'hui je leur demandai: «A quelle heure vous êtes-vous levées?» On m'a répondu: «A cinq heures moins un quart» de l'air le plus naturel du monde. On a beau jouir d'une bonne santé; il en faut une solide pour résister à un pareil surmenage...»<sup>37</sup>

Les administrateurs ne s'émeuvent pas particulièrement de cet état de fait considéré comme normal. A l'Hôpital Pourtalès par exemple, lorsque Max Petitpierre<sup>38</sup> demande en 1939 une augmentation du personnel, arguant qu'«on a l'habitude d'exiger un travail excessif des sœurs et du personnel en général»<sup>39</sup>, il se voit répondre par le médecin-chef

«qu'il ne faudrait pas cependant peindre la situation de notre personnel trop en noir. D'après lui plusieurs des Sœurs qui nous ont été envoyées par Saint-Loup n'ont pas une grande santé. On peut au surplus demander aux diaconesses, dont c'est la vocation, un travail plus long que celui qu'on exige des autres employés.»<sup>40</sup>

Les religieuses acceptent sans broncher des conditions de travail très difficiles et ce n'est que dans des cas extrêmes qu'elles interviennent. Ainsi, à Moutier, il n'y a toujours pas d'ascenseur dans l'hôpital à la fin des années 1920. Les sœurs doivent porter les malades dans les escaliers et la

<sup>35</sup> ALS, D3-306.1, Lettre de Marval au directeur Vuilleumier, 5 juillet 1935.

<sup>36</sup> Ernest Ceppi (1852-1934): chirurgien-chef de l'Hôpital de Porrentruy (1903-1925) et membre fondateur du Dispensaire antituberculeux de Porrentruy.

<sup>37</sup> Témoignage fait le 27 février 1932 au doyen Membrez de Porrentruy et rapporté par ce dernier dans CENTENAIRE 1950, p. 402.

<sup>38</sup> Max Petitpierre (1899-1994): notaire, professeur à l'Université de Neuchâtel, député, conseiller fédéral, membre de la commission administrative de Préfargier (1935-1945) et de la direction de Pourtalès (1937-1944).

<sup>39</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 28 juin 1939.

<sup>40</sup> Ibidem.



Figure 40: *Archives Médiacentre, Bibliothèque cantonale et universitaire, Fribourg.*  
Hôpital des Bourgeois de Fribourg, salle de chirurgie, vers 1910-1920.

maison-mère de Berne menace de les retirer si rien n'est fait. Soutenues par les médecins, qui parlent d'« exploitation des sœurs indigne »<sup>41</sup> et font un prêt sans intérêt de 20'000 francs à l'établissement, elles obtiennent enfin de la direction en 1929 qu'on construise un ascenseur.

Les religieuses s'illustrent aussi au niveau tant de leur adaptation à une médecine hospitalière en complète modernisation que de leur professionnalisation, généralement sous l'impulsion des médecins qui demandent une mise à niveau de leurs connaissances. A Moutier, on envoie une diaconesse suivre des cours de perfectionnement pour qu'elle puisse s'occuper de la radiologie (1934) et du laboratoire (1945). Dans le même esprit, on menace le médecin responsable du service de radiologie de l'Hôpital de Saint-Imier d'engager une « Röntgenschwester »<sup>42</sup> s'il n'augmente pas sa présence (1932). A Saint-Loup, la durée de formation des diaconesses passe de six mois au début du siècle à trois ans après 1924. De plus, un examen professionnel reconnu par le Conseil de Santé du canton de Vaud vient conclure leur formation dès 1934<sup>43</sup>. Dans les cantons catholiques, on

<sup>41</sup> Hôpital de Moutier, Lettre des médecins à la Direction, 21 février 1929.

<sup>42</sup> Hôpital de Saint-Imier, Procès-verbaux de la Direction, 5 mai 1931.

<sup>43</sup> DROUX 2000, p. 481.

assiste à l'ouverture d'écoles d'infirmières à Fribourg<sup>44</sup> (1913) ainsi qu'à Sion<sup>45</sup> (1944).

La professionnalisation de certaines religieuses, souvent les plus jeunes, n'est pas sans poser de problèmes au sein des communautés de sœurs, dont la position dominante des supérieures est remise en question dans le travail quotidien par de jeunes religieuses diplômées. C'est notamment le cas à Estavayer en 1938 où les administrateurs déclarent que

« tous les conflits reposent sur l'incompétence de la Mère supérieure à exercer ses fonctions, ce qui a mené les sœurs de la chirurgie, en particulier, à se rendre indépendantes dans le travail de leur étage. Le malaise est général et il se rencontre dans tous les services. »<sup>46</sup>

Le conflit ne se termine que par un changement de supérieure.

Les religieuses ont donc les faveurs des administrations hospitalières qui, si elles le pouvaient, n'emploieraient qu'elles. Mais, dans l'ensemble de la Suisse romande, les maisons-mères ne peuvent faire face à une demande exponentielle de soignantes. Dans le Valais, la congrégation des sœurs hospitalières de Sion « n'a pu faire face au développement de tous les établissements hospitaliers qu'elle dessert »<sup>47</sup> et ne peut envoyer de nouvelles religieuses à Martigny en 1941. L'Hôpital de la Providence de Vevey s'adresse en 1944 aux sœurs de Baldegg (LU) en leur affirmant être prêt à engager « même une laïque si nécessaire »<sup>48</sup>. Face au manque de disponibilités, les diaconesses de Saint-Loup sont retirées des hôpitaux de Bex (1923) et de Château-d'Œx (1945), ainsi que de la Clinique infantile de Genève (1925), préfigurant le grand retrait des années 1960. A Neuchâtel, les diaconesses de Strasbourg sont retirées de l'Hôpital Pourtalès (1936) et de celui de la Ville (1944).

Pourtant, les religieuses sont toujours très présentes dans les échelons supérieurs de la hiérarchie, mais représentent désormais une part minoritaire du personnel hospitalier. Il est très important pour le prestige des maisons religieuses de rester présents aux postes dirigeants des hôpitaux. En 1935, les diaconesses de Saint-Loup envisagent de reprendre le service hospitalier de Pourtalès, alors même qu'elles connaissent des difficultés de recrutement, ce qui fait dire au Dr Carle de Marval, promoteur de la Croix-Rouge et membre du conseil d'administration de La Source: « Evidemment Saint-Loup y placera quelques diaconesses à la tête et lais-

<sup>44</sup> Voir PÉROLLES 1988.

<sup>45</sup> Voir DROUX 1994.

<sup>46</sup> Hôpital de la Broye, Procès-verbaux de la Direction, 11 avril 1938.

<sup>47</sup> Hôpital de Martigny, Registre des délibérations du Conseil d'administration, 17 mai 1941.

<sup>48</sup> Hôpital de Vevey-Providence, Procès-verbaux du Comité, 13 septembre 1944.

sera Pourtalès se débrouiller pour trouver le personnel soignant!»<sup>49</sup> Pour toute la Suisse, on dénombre en 1942 un total de 10'440 employés dans les divers établissements pour malades du pays, parmi lesquels seulement 37.0% de religieuses<sup>50</sup>. A l'Hôpital cantonal de Genève, les diaconesses voient leur position se renforcer au cours des années 1920 et 1930 (elles représentent 34.5% du personnel soignant en 1914, 36.6% en 1930 et 39.1% en 1940) mais ne peuvent faire face au développement de l'institution dans les années 1940: leur part dans le personnel infirmier n'est plus que de 14.7% en 1950<sup>51</sup>. L'école de Saint-Loup est reconnue par la Croix-Rouge suisse en 1946 et forme dès lors des infirmières laïques. Même en terre catholique, la part des religieuses est en chute libre. Elle tombe à Martigny de 75.0% en 1919 à 35.7% en 1942. A Saignelégier, on dénombre 42.3% de religieuses en 1940.

La professionnalisation et l'occupation de postes dirigeants remettent en question l'identité des religieuses en les éloignant du lit des malades et de leur vocation première de sœur au service des pauvres. Cette crise d'identité provient aussi d'une distance grandissante entre la réalité hospitalière (la sœur est une infirmière moderne, souvent responsable d'équipements tels que rayons X ou laboratoires) et le discours des élites locales qui perpétuent la célébration de la «petite sœur des pauvres» dans les discours et la presse. A l'Hôpital de Porrentruy, la confrontation des religieuses à la modernisation de leur travail aboutit au début des années 1930 à une grave crise au sein de la communauté. On invoque l'«esprit critique et subversif»<sup>52</sup> des plus jeunes et surtout la volonté de la nouvelle supérieure, nommée en 1932, de privilégier les aspects spirituels et religieux: «Elle disait que les sœurs devaient consacrer plus de temps à la prière et que du personnel laïc était nécessaire pour suppléer les sœurs dans les soins aux malades.»<sup>53</sup> Le conflit trouve finalement une issue en 1940, après plusieurs changements de supérieures, avec l'envoi de jeunes religieuses à l'École d'infirmières de Pérolles, à Fribourg. A Saint-Loup, la direction intervient dans les années 1920 et 1930 pour que l'engagement spirituel des diaconesses garde de son importance.

<sup>49</sup> ALS, D3-306.1, Lettre de Marval au directeur Vuilleumier, 28 juillet 1935.

<sup>50</sup> Voir ÉTABLISSEMENTS 1945.

<sup>51</sup> DROUX 2000, pp. 488-489.

<sup>52</sup> Hôpital de Porrentruy, Procès-verbaux de la Direction, 30 mars 1932.

<sup>53</sup> Ibidem, 4 janvier 1933.

*Emergence de la filière Croix-Rouge: l'exemple de La Source*

Les diverses filières religieuses ne parviennent donc pas à répondre aux demandes croissantes de personnel soignant et les administrations hospitalières se tournent alors vers les écoles laïques. En Suisse romande, la principale d'entre elles est l'Ecole de La Source. Membre de la Croix-Rouge suisse depuis 1903, elle en reçoit un subside dès cette année-là et devient en 1923 l'Ecole romande de la Croix-Rouge, dans le sillage des réformes entreprises suite au décès du Dr Krafft (1921).

Jusque-là, la concurrence entre Saint-Loup et La Source est très vive et les diplômées de cette dernière souffrent de leur statut laïc et salarié, bien qu'elles perpétuent le modèle vocationnel et d'abnégation des diaconesses<sup>54</sup>. Avant la fin des années 1920, les Sourciennes travaillent essentiellement comme gardes-malades privées ou domestiques de luxe de familles aisées. Dans les établissements pour malades, elles sont surtout présentes dans les cliniques privées: on trouve en 1917 un total de 66 Sourciennes réparties dans 39 cliniques romandes (dont 15 à Leysin) contre 17 réparties dans 16 hôpitaux<sup>55</sup>. Elles ne sont introduites dans les hôpitaux qu'en dernier recours, d'autant plus qu'elles rencontrent l'opposition des diaconesses à leur présence. A La Chaux-de-Fonds, on s'oppose en 1914 à l'engagement d'une jeune fille diplômée de l'école d'infirmières de Berne pour l'Hôpital des enfants:

«La sœur directrice consultée voit des inconvénients à introduire dans le service de l'hôpital, à côté des diaconesses, des garde-malades laïques dont il est difficile d'obtenir la même discipline et la même somme de travail.»<sup>56</sup>

Le seul service hospitalier en Suisse dont des Sourciennes soient responsables est le service de chirurgie de l'Hôpital de l'Isle (1908-1918), à Berne, dirigé par le Dr Kocher<sup>57</sup>. Mais, à sa mort (1917), le contrat n'est pas reconduit et l'on se rapproche plutôt des diaconesses de Riehen. Pour les administrateurs de La Source, la cause de cet échec réside dans «le manque de discipline de nos élèves, lorsqu'elles sont un peu laissées à elles-mêmes»<sup>58</sup>.

Néanmoins, les différences entre diaconesses et Sourciennes ne sont plus ce qu'elles étaient du temps de la comtesse de Gasparin. Le Dr Krafft

<sup>54</sup> Voir DROUX 2000.

<sup>55</sup> ALS, Rapport annuel de l'Infirmier de La Source, 1916-1917, pp. 22-23.

<sup>56</sup> Archives de la ville de La Chaux-de-Fonds, Procès-verbaux des commissions de l'hôpital, 5 mars 1914.

<sup>57</sup> Theodor Kocher (1841-1917): professeur de chirurgie à la Faculté de Berne (1872-1917), de renommée mondiale, prix Nobel de médecine en 1910.

<sup>58</sup> ALS, D3-200 1/2, Procès-verbaux de la Délégation, 8 mai 1918.

lui-même affirme en 1917 que « tous ces points de différence entre La Source et Saint-Loup se sont beaucoup atténués »<sup>59</sup>. Il remet en question notamment le principe d'absence d'uniforme pour les Sourciennes<sup>60</sup>, rendu nécessaire par les découvertes microbiennes de Pasteur et parce qu'« un grand nombre de jeunes filles et de femmes ne savent pas s'habiller d'une façon convenable ou simplement décente »<sup>61</sup>. Mais ce sont surtout les difficultés de placement des élèves de La Source qui favorisent une attitude moins combative face à Saint-Loup, avec qui un rapprochement est tenté en 1917-1918. Alors en position de force dans le champ hospitalier, la maison de diaconesses rejette une collaboration et déclare désirer « continuer simplement notre travail dans le double champ que la Providence nous a départi »<sup>62</sup>.

Dans les années 1920, La Source connaît ses premiers succès et se voit confier la responsabilité de deux services hospitaliers d'importance. Il y a tout d'abord la Clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal de Genève, dirigée par le Dr Kummer, ancien membre du conseil d'administration de La Source. Son service est confié en 1923 à 25 Sourciennes en remplacement des diaconesses de Berne « qu'il voudrait éloigner à la suite de difficultés récentes qu'il a rencontrées dans son service »<sup>63</sup>. Ensuite, le service infirmier du nouvel Hospice orthopédique de la Suisse romande est remis en 1926 entre les mains de Sourciennes, suite à l'impossibilité de Saint-Loup de l'assumer. Mais les relations restent difficiles avec l'Hôpital cantonal de Lausanne où l'on aimerait placer des Sourciennes. Malgré le manque de diaconesses et la mise sur pied de cours pour infirmiers laïcs, l'Etat vaudois refuse de se lier contractuellement avec La Source et préfère juger au cas par cas lors de l'engagement de personnel (1921).

La reconnaissance de la filière sourcienne se fait pourtant peu à peu et l'obtention de services hospitaliers se multiplie au cours des années 1930 et 1940 : Clinique infantile de l'Hôpital cantonal de Genève (1930), Hôpital Nestlé à Lausanne (1938), Infirmerie de Bex (1942), Infirmerie du Lavaux (1942), Hôpital des Cadolles à Neuchâtel (1944). De plus, de nombreux hôpitaux régionaux acceptent dans les années 1930 la présence de Sourciennes dans leurs murs comme stagiaires, aux côtés de diaconesses (Aigle, Nyon, etc.). La Croix-Rouge et ses écoles sont désormais reconnues comme une filière de formation à laquelle on peut faire confiance.

<sup>59</sup> ALS, D3-200 1/2, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 15 novembre 1917. C'est aussi ce qu'il démontre dans une petite brochure parue en 1918. Voir KRAFFT 1918.

<sup>60</sup> Voir KRAFFT 1917.

<sup>61</sup> KRAFFT 1917, p. 5.

<sup>62</sup> ALS, Dossier non coté, Lettre de Rau, directeur de Saint-Loup, au Dr Krafft, 9 septembre 1917.

<sup>63</sup> ALS, D3-200 1/2, Procès-verbaux de la Délégation, 2 octobre 1922.



Figure 41: *Archives de l'Hôpital de l'Enfance, Lausanne.*

Mlle Augusta de Charrière de Sévery (?-1955), directrice-adjointe de l'Hospice de l'Enfance, années 1930. Fille de l'homme d'affaires et philanthrope lausannois Ferdinand de Charrière de Sévery (1849-1922)<sup>64</sup>, elle suit l'École Vinet puis celle de La Source. Elle devient adjointe de la diaconesse directrice de l'Hospice de l'Enfance en 1912 et s'occupe principalement des tâches administratives. Elle prend sa retraite en 1945.

Enfin, il faut citer l'apparition durant l'Entre-deux-guerres d'un personnel diplômé d'écoles socio-médicales particulières. L'ouverture de laboratoires d'analyses entraîne notamment l'engagement de nombreuses laborantines laïques diplômées (Montreux 1934; Porrentruy 1939; La Chaux-de-Fonds 1941; Château-d'Œx 1943; Payerne 1943; Nyon 1944; Pourtalès 1944; Le Locle 1946; Rolle 1946; etc.). Malgré leur qualification, elles n'obtiennent pas de meilleures conditions de travail. Ainsi, la laborantine engagée à Montreux en 1934 reçoit pour seul salaire les repas pris à l'hôpital, qu'elle quitte d'ailleurs après 6 mois de travail.

#### *Employés subalternes sans formation*

La majeure partie du personnel hospitalier n'est pourtant ni religieuse, ni diplômée des écoles reconnues par la Croix-Rouge. Dans tous les éta-

<sup>64</sup> Il est lui-même membre des comités de l'Asile des aveugles (1880-1884) et de l'Hospice de l'Enfance (1903-1922).

blissements, on rencontre une part croissante d'employés qui ne proviennent pas des grandes filières de professionnalisation. Aux ordres de tous (direction hospitalière, médecins, sœurs, infirmières diplômées), ils deviennent majoritaires dans l'Entre-deux-guerres, car les filières classiques ne parviennent pas à combler la demande. Généralement ressortissants des classes populaires, ces personnes s'engagent au service d'hôpitaux, non pas par vocation mais pour y gagner leur vie. Perçus comme des mercenaires par les instances hospitalières dirigeantes, ils s'engagent dans des combats sociaux qui mèneront à la lente reconnaissance du métier d'infirmier.

Les conditions de travail en milieu hospitalier sont difficiles et strictes : il faut loger à l'hôpital, les salaires sont extrêmement bas, les horaires longs et les congés presque inexistantes. Lorsqu'ils trouvent de meilleures conditions ailleurs, ces employés sans formation quittent l'établissement. A Moutier, la fin de la crise économique se fait durement ressentir à l'hôpital dont le recrutement de main-d'œuvre subalterne devient problématique. On déclare que « le travail dans les usines [présente] un attrait particulier pour les jeunes filles qui sont dans le service de la maison »<sup>65</sup>. A l'Hôpital de la Providence de Neuchâtel<sup>66</sup>, on compte un total de 241 entrées de nouveaux employés entre 1918 et 1948 (soit 7.8 en moyenne par an). La durée moyenne d'activité est de 16 mois et demi. On a surtout affaire à de jeunes femmes<sup>67</sup> qui quittent probablement l'hôpital en se mariant ou lorsqu'elles trouvent un meilleur emploi ailleurs. Cette attitude largement répandue n'est pas sans attirer les reproches des administrations hospitalières considérant le travail d'infirmière comme une activité intrinsèquement féminine pour laquelle une attitude matérialiste est malvenue. On juge donc très mal les allées et venues de jeunes filles en quête d'un emploi. Ainsi, à Moutier, on déclare que « pour servir dans un établissement hospitalier, il faut, avec un certain idéal, beaucoup d'abnégation et de dévouement »<sup>68</sup> et l'on regrette que « la femme s'éloigne de plus en plus de sa mission naturelle »<sup>69</sup>.

Tous les employés ne se résignent pas à l'attente d'un nouveau poste de travail hors de l'hôpital. Bon nombre d'entre eux désirent y faire carrière et entendent bien obtenir des conditions de travail normales. De nom-

<sup>65</sup> Hôpital de Moutier, Rapport annuel, 1942, p. 6.

<sup>66</sup> Hôpital de la Providence, Registre des domestiques, 1917-1948.

<sup>67</sup> Age moyen à l'entrée de 21.9 ans; 59.2% des employés ont moins de 20 ans et 28.7% entre 20 et 29 ans; on dénombre seulement 13.0% d'hommes.

<sup>68</sup> Hôpital de Moutier, Rapport annuel, 1943, p. 5.

<sup>69</sup> Hôpital de Moutier, Rapport annuel, 1946, p. 4.



Figure 42: *Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds.*

Dans les cuisines de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, vers 1910-1930. La forte croissance du nombre d'hospitalisations nécessite l'engagement de nombreux employés dans les cuisines des hôpitaux, souvent dirigées par des diaconesses. Afin de rationaliser le travail et de soutenir cette croissance, on y installe des équipements techniques nouveaux, tels que monte-plats et machines à peler les pommes de terre. A l'Hôpital cantonal de Lausanne, on engage même un cuisinier diplômé comme chef de cuisine en 1937.

breuses revendications (augmentation de salaire, horaires, vacances, etc.), individuelles et collectives, arrivent sur les bureaux des directions hospitalières après 1918. Des mouvements syndicaux, parfois violents, voient le jour à Genève, à Cery et à La Chaux-de-Fonds. Même à Fribourg, qui n'est pas réputé pour être un haut-lieu de l'agitation syndicale, les employées de l'Hôpital cantonal revendiquent à plusieurs reprises de meilleures conditions de travail en 1938-1940 et écrivent au Conseil d'Etat: « Nous ne sollicitons pas, encore une fois, un privilège, mais tout simplement le droit commun. »<sup>70</sup> Les administrations hospitalières ont besoin de ce personnel et doivent lâcher du lest: à l'Hôpital Pourtalès, un

<sup>70</sup> AEF, DSPa, 1023, lettre du 30 septembre 1937.

infirmier obtient en 1939 une augmentation salariale de 25%, notamment parce qu'«il est difficile de trouver de bons infirmiers et nécessaire de payer convenablement ceux qu'on peut avoir»<sup>71</sup>. Les conditions collectives des employés finissent aussi par s'améliorer. A Genève, on crée notamment une caisse de pension (1915) et on adopte des lois sur les retraites des employés (1914-1916), alors qu'à Pourtalès, on met sur pied une caisse de retraite du personnel (1934), ainsi qu'une assurance invalidité (1939). L'amélioration des conditions de travail du personnel hospitalier profite alors d'une large prise de conscience des progrès à faire au niveau fédéral. L'Association suisse des établissements hospitaliers (Veska) organise un colloque à ce sujet à Olten en 1939 et nomme la même année une commission chargée d'étudier la question du repos des infirmières. En régularisant le travail des employés et en adoptant des mesures applicables à l'ensemble du personnel, on s'achemine vers la fin d'une politique paternaliste du personnel fonctionnant au coup par coup.

*Projet d'échelle de traitements pour le personnel de l'Hôpital de Moutier (1938)*<sup>72</sup>.

	Salaire mensuel (en francs)	Augmentation annuelle (en francs)
Infirmier diplômé	120-180	10
Sage-femme	120-180	10
Infirmier non-diplômé	100-140	5
Jardinier-chauffeur	80-125	5
Cuisinière	70-100	5
Infirmière diplômée	50-100	5
Aide-infirmier	50-100	5
Aide-infirmière	40-70	5
Aide-cuisinière	40-70	2.5
Fille de lingerie	40-70	2.5

Généralement bien accueillie par les dirigeants et les diplômées des écoles privées<sup>73</sup>, cette réglementation du travail en milieu hospitalier rencontre l'opposition de certaines infirmières issues de filières élitistes. Elles

<sup>71</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 28 juin 1939.

<sup>72</sup> Hôpital de Moutier, Projet d'échelle de traitements pour le personnel, 25 février 1938.

<sup>73</sup> Voir l'article de PILLOUD 1999.

sont désireuses de se distinguer des nouvelles diplômées provenant des classes populaires. L'une d'elles écrit en 1930:

«J'ai à mon actif une quinzaine d'années de service; j'ai toujours trouvé exagéré de prétendre qu'il faille les deux tiers de la journée pour se reposer et se délasser. On oserait certes plus appeler la carrière de garde-malade une carrière de dévouement, si la petite part seulement de cette journée était réservée au travail.»<sup>74</sup>

Face à la laïcisation et la démocratisation de la profession, les caractéristiques traditionnelles d'abnégation et de dévouement du métier d'infirmière sont fondamentalement remises en question, de même que l'identité évangélique d'écoles telles que La Source. Ce qui fait dire à l'un de ses administrateurs en 1930:

«Je me demande si nous n'allons pas à la «taylorisation» (horrible mot) de l'infirmière? [...] Si vraiment nous en sommes là (et je reconnais volontiers qu'il y a là une tendance très moderne)... alors de grâce, ne parlons plus de «vocation», d'idéal, de dévouement, d'âme, de cœur, etc... [...] Ayons le courage d'affirmer qu'il ne s'agit plus d'une vocation, mais d'un métier quelconque, à l'américaine, tarifié tant l'heure, offrant tel ou tel avantage; affirmons que nous voulons avoir des heures de loisirs pour le cinéma et même... pourquoi pas?... pour le dancing.»<sup>75</sup>

Dans quelques cas, des syndicats militants revendiquent aussi une participation à la gestion de l'établissement, ainsi que l'obtention de représentants dans les organes directeurs, annonçant les mouvements sociaux des années 1970. C'est ce que demande à La Chaux-de-Fonds en 1938 la Fédération du personnel des Services publics (VOSP) mais on le lui refuse, arguant qu'il y a déjà la sœur supérieure et l'administrateur comme représentants du personnel<sup>76</sup>. L'Hôpital cantonal de Genève est le premier hôpital romand à accorder cette faveur aux employés, dont deux représentants siègent à la commission administrative dès 1952.

Enfin, ces employés ne revendiquent pas seulement des conditions de travail décentes, mais aussi une formation professionnelle valable et reconnue. On remarque en effet un recours important des directions de grands hôpitaux à des stagiaires laïcs sans formation. A Lausanne, on fait appel en 1907 à des stagiaires pour venir seconder les diaconesses dans leur travail. Pour asseoir leur statut et se professionnaliser, elles demandent la mise sur pied d'un véritable enseignement à l'intérieur de l'hôpital (1932),

<sup>74</sup> *Journal Source*, 1930, p. 248, cité dans PILLOUD 1999, p. 109.

<sup>75</sup> *Journal Source*, 1930, p. 286, cité dans PILLOUD 1999, p. 110.

<sup>76</sup> De plus, ce syndicat n'a que quatre membres comme employés de l'hôpital sur un total de 65 employés.

reconnu par la Croix-Rouge en 1944<sup>77</sup>. A Genève, on décide d'engager des stagiaires laïcs en 1919, afin de réaliser une nouvelle politique du personnel (horaires, vacances, congés). Cette « filière démocratique »<sup>78</sup> connaît un grand succès auprès du public. Les stagiaires représentent 17% du personnel infirmier de l'Hôpital cantonal genevois en 1930 et 20.2% en 1950. C'est sur leur demande que la direction organise des cours théoriques. A l'Hôpital Pourtalès, la direction et les médecins décident d'assurer eux-mêmes la formation d'infirmières spécialisées pour les services de pédiatrie, de gynécologie et d'obstétrique. Une Ecole neuchâteloise d'Infirmières d'hygiène maternelle et infantile est fondée dans ce but en 1944.

### *Incidences financières*

L'augmentation du personnel hospitalier et l'amélioration des conditions de travail ont une incidence directe sur les dépenses des hôpitaux. Avant 1914, la présence massive de religieuses et de domestiques sans formation fait que les charges salariales sont peu importantes pour les administrations hospitalières. Elles restent au niveau où elles étaient déjà sous l'Ancien Régime.

#### *Part des charges salariales dans les dépenses hospitalières, en % (1910-1950)<sup>79</sup>.*

	1910	1920	1930	1940	1950
Hôpital cantonal de Genève	20.1	22.4	52.1	57.7	-
Hôpital cantonal de Lausanne	18.5	13.3	28.9	32.2	57.0
Hôpital cantonal de Fribourg	-	-	22.9	29.4	38.5
Hôpital Pourtalès (NE)	-	19.4	28.3	29.2	35.2
Hôpital de la Providence (NE)	-	3.9	8.2	9.8	12.3
Hôpital de la Béroche	22.6	16.5	19.0	30.6	-
Hôpital d'Yverdon	13.9	11.0	17.7	-	39.1
Hôpital de Moutier	21.5	16.0	29.5	38.7	30.9
Hôpital de Porrentruy	7.2	8.5	20.6	25.1	-
Hôpital de Saignelégier	11.6	11.7	14.5	17.6	19.3

<sup>77</sup> Voir BURNIER 1998 et ECOLE 1982.

<sup>78</sup> DROUX 2000, p. 671.

<sup>79</sup> Sources: pour Genève, DROUX 2000, p. 628; pour Lausanne PROD'HOM 1991, p. 51; pour les autres établissements, rapports annuels.

On observe bien un mouvement généralisé d'augmentation des charges salariales dans l'Entre-deux-guerres, essentiellement dès les années 1930. Pour les deux hôpitaux cantonaux universitaires, la main-d'œuvre est après 1945 la principale dépense et elle tend à le devenir dans plusieurs établissements régionaux. Les établissements pour lesquels le personnel reste une charge secondaire sont des hôpitaux encore desservis par une importante communauté de religieuses, intégrés juridiquement à la paroisse catholique (Neuchâtel-Providence) ou peu médicalisés (Saignelégier).

### *Conclusion*

L'Entre-deux-guerres se caractérise donc par un profond bouleversement de la profession d'infirmière. Bien que la filière religieuse reste dominante dans les postes directionnels malgré l'arrivée de Sourciennes dans quelques établissements, les années 1920 et 1930 voient l'intervention massive de laïcs, à qui on offre une formation professionnelle de base, essentiellement pratique, dans les murs de l'hôpital. Cette nouvelle filière est reconnue par l'Alliance suisse des gardes-malades (ASGM), qui organise entre 1913 et 1944 des examens reconnus par la Croix-Rouge. Or, les succès de l'ASGM et la démocratisation de la profession qu'elle amène engendrent une compétition avec les diplômées des écoles privées (La Source, Bon Secours, etc.):

«Leur concurrence devenait d'autant plus dangereuse pour ces écoles, menacées dans leurs fondements et leur identité mêmes: le but de ces écoles privées, souvent fondées et soutenues par des familles aisées, à l'instar du Bon Secours, n'était-il pas justement d'élever le niveau de la profession en remplaçant les éléments populaires laïcs par des éléments bourgeois, gorgés de savoirs théoriques et plus encore de bonne volonté charitable? Que resterait-il de crédibilité à ce projet élitiste le jour où ces éléments populaires se transformeraient, par l'amélioration volontariste de leur formation, par leurs efforts en faveur d'un meilleur statut social (prévoyance sociale, salaires, etc.) et leur longévité au travail, en véritables professionnels? Quelle place laisseraient-ils à ces jeunes femmes de la bourgeoisie qui [...] ne se distinguaient guère sur le marché du travail que par leur mobilité excessive, la brièveté de leur carrière, leur indifférence à l'égard de la prévoyance, leur tiédeur face aux examens fédéraux, et, pour certaines d'entre elles, leur peu d'entrain à travailler?»<sup>80</sup>

<sup>80</sup> DROUX 2000, p. 686.

Sur pression des directions d'écoles privées, la Croix-Rouge suisse supprime en 1944 l'accès au diplôme pour les stagiaires qui ne sont pas passés par les écoles. Désormais, la profession d'infirmière devient « un bastion réservé aux écoles élitistes à recrutement bourgeois »<sup>81</sup>. On tarit ainsi une source principale de recrutement du personnel infirmier, et on se dirige vers une grave crise de sous-effectifs dès les années 1950, crise qui débouchera sur l'embauche en masse de personnel étranger et sur un retard dans la normalisation des conditions de travail.

### Questions de financement

La construction des nouveaux hôpitaux entraîne pour la majorité d'entre eux des difficultés matérielles qui posent le problème du financement de ces institutions. En effet, même si les collectivités publiques interviennent de manière importante dans le financement des infrastructures, leur participation ne suffit pas à couvrir l'ensemble des dépenses, qui dépassent les capacités d'autofinancement et de financement privé (dons). Partout, on doit recourir aux capitaux externes (emprunt bancaire) qui mènent les hôpitaux à une dépendance financière et à de graves difficultés. La charge financière (intérêts et amortissements) représente 10% des dépenses d'exploitation à Orbe en 1935; 11% à Vevey-Samaritain en 1930; 12% à Montreux en 1930; etc. et entraîne un déficit chronique de ces institutions. La dépendance financière est particulièrement forte à Nyon. En effet, l'hôpital ouvert en 1938 est très coûteux (près de 650'000 francs) et engloutit recettes, bénéfices et fortune: en 1940, les charges financières se montent à 79'000 francs sur un total de 202'150 francs de dépenses, soit 39%. Cette situation financière éclaire d'un autre jour les difficultés que rencontre cet établissement dans sa réorganisation<sup>82</sup>.

On rencontre aussi des hôpitaux pour qui la charge financière est beaucoup plus faible (Sainte-Croix 8% en 1949; Rolle 7% en 1939; Aubonne 5% en 1938; Yverdon 2% en 1945) mais qui présentent aussi un déficit chronique. Ce ne sont donc pas toujours des investissements trop lourds qui grèvent les budgets hospitaliers. Lorsqu'il y en a, ils ne font qu'accentuer une tendance générale au déficit qu'on rencontre ailleurs. Il faut donc plutôt rechercher une explication de nature structurelle et se pencher du côté des ressources difficilement extensibles.

<sup>81</sup> DROUX 2000, p. 714.

<sup>82</sup> Voir pp. ##.

*Evolution du financement*

La croissance du système hospitalier n'est possible que par le recours à un financement externe. Les sources traditionnelles de revenus (dons et autofinancement) ne suffisent plus à assumer la gestion d'hôpitaux plus grands et mieux équipés. L'Entre-deux-guerres est la grande période de l'intervention des collectivités publiques dans la gestion hospitalière.

*Financement de quelques hôpitaux de Suisse romande, en % (1920-1950).*

	Auto-financement	Dons	Pensions	Communes	Etat	Divers
Aubonne 1938	5.0		91.0	4.0	-	-
Montreux 1920	-	40.0	57.0	-	-	3.0
Montreux 1930	1.0	-	76.0	21.0	-	2.0
Vevey-Samaritain 1920	12.0	41.0	47.0	-	-	-
Vevey-Samaritain 1930	18.0	21.0	61.0	-	-	-
Riaz 1920	11.2	20.4	67.1	1.2	-	0.1
Riaz 1950	5.4	0.8	93.3	0.5	-	-
Estavayer 1950	6.5	3.4	82.9	5.9	-	1.2
Gourgas (GE) 1920	6.4	58.5	33.7	-	-	1.3
Gourgas (GE) 1947	7.0	30.3	62.7	-	-	-
Rothschild (GE) 1950	80.8	-	19.2	-	-	-
Béroche (NE) 1920	21.5	58.7	19.7	-	-	-
Béroche (NE) 1930	18.3	22.2	54.7	4.9	-	-
Providence (NE) 1920	6.3	54.2	39.5	-	-	-
Providence (NE) 1940	9.3	7.5	82.4	-	-	0.8
Saint-Imier 1920	12.5	21.8	53.5	0.4	9.3	2.6
Saint-Imier 1945	1.1	4.7	74.9	3.4	14.5	1.3
Moutier 1920	0.6	28.8	57.7	3.9	8.1	1.0
Moutier 1940	0.2	-	84.4	5.4	9.2	0.8

Les quelques exemples cités dans ce tableau suffisent à illustrer une grande différence entre cantons romands. On observe toutefois une homogénéisation des ressources financières dans la direction d'une dépendance généralisée envers les pensions de malades. L'autofinancement et les dons représentent une part de plus en plus marginale, alors qu'on observe l'importance croissante des pensions d'hospitalisés et l'apparition d'un financement public direct (communes, Etat). Il s'agit là des deux sources de financement principales qui permettront la croissance rapide du système hospitalier entre 1945 et 1975.

### *Etat*

Les cantons interviennent à deux niveaux. Tout d'abord, il y a l'entretien des hôpitaux cantonaux lorsqu'ils existent. Cette dépense est négligeable pour l'Etat fribourgeois, puisqu'elle se situe aux alentours de 0.5% pour l'Entre-deux-guerres. Ce non-engagement financier reflète bien l'état primaire de l'Hôpital cantonal fribourgeois à cette période. En revanche, pour les cantons de Genève et de Vaud, le coût de leur hôpital universitaire est presque dix fois plus élevé. Mais il est vrai que ces deux institutions dominent totalement le système hospitalier romand dans lequel elles constituent la référence.

*Part des dépenses de l'Etat consacrée aux hôpitaux cantonaux, en % (1920-1950).*

	1920	1930	1940	1950
Fribourg	0.6	0.2	0.3	0.5
Genève	5.5	3.8	3.3	4.3
Lausanne	4.2	4.1	5.8	8.1

Les cantons interviennent aussi dans le système hospitalier par l'intermédiaire du subventionnement des établissements régionaux, dans la continuité de ce qui se fait dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Le canton de Berne est le seul qui participe directement au financement des hôpitaux par la prise en charge d'un certain nombre de lits dans les établissements régionaux. Cette politique est très favorable au développement des hôpitaux et la part de lits de l'Etat est en constante augmentation depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle mais connaît un ralentissement au cours des années 1930, pour cause de crise des finances publiques: la part de lits de l'Etat passe à Moutier de 16.7% en 1914 à 24.5% en 1930, 16.0% en 1940 et 24.0% en 1945. Dans certains autres cantons (Vaud), l'Etat intervient de manière plus indirecte, par

des subventions de construction et par la prise en charge de malades indigents. A Montreux, l'Etat finance 32% des journées d'hospitalisation en 1920 et 18% en 1930<sup>83</sup>. En 1938, il s'acquitte de la pension de 22% des 868 malades. A Château-d'Œx, les pensions versées par l'Etat assurent 52% du financement total de la maison en 1937, puis environ un tiers pour la période 1938-1946. Dans son ensemble, l'aide du canton de Vaud aux hôpitaux régionaux passe de 226'000 francs en 1920 à 393'800 francs en 1940, soit une hausse de 74.2%. Pour les finances cantonales, ce soutien est pourtant négligeable, puisqu'il ne représente que 0.5% des dépenses totales de l'Etat pour 1920 et 0.9% pour 1940. Quant au canton du Valais, il adopte en 1913 un décret sur les subventions de l'Etat aux établissements hospitaliers. Dans ce cas, on prévoit une participation de 25% aux frais de construction et de premier établissement. Enfin, quelques cantons ne participent pas au financement des hôpitaux locaux, parce qu'ils possèdent un hôpital cantonal (Fribourg, Genève) ou par manque de base légale (Neuchâtel).

### *Communes*

Les communes deviennent un acteur de plus en plus important, aussi bien au niveau financier que décisionnel. Les hôpitaux ne leur appartiennent que de manière exceptionnelle, comme c'est le cas notamment à La Chaux-de-Fonds. Ici, la participation de la commune est essentielle au fonctionnement de l'établissement: en assurant la couverture du déficit annuel, elle couvre ainsi 28.3% des dépenses réelles en 1930 et 24.8% en 1940. De plus, la commune prend en charge l'hospitalisation d'indigents pour plusieurs dizaines de milliers de francs chaque année. Ainsi le développement du nouvel hôpital inauguré en 1898 n'est-il possible que grâce à l'intervention communale: alors que la ville de La Chaux-de-Fonds ne lui consacre généralement pas plus de 10'000 francs par année avant 1900 (soit moins de 1% des dépenses communales), cette participation se monte à plus de 32'000 francs en 1910 (1.2% des dépenses communales) et plus de 100'000 francs en 1930 et 1940 (respectivement 1.3% et 1.4% des dépenses communales)<sup>84</sup>.

Le cas chaux-de-fonnier est exceptionnel et les collectivités publiques locales interviennent souvent de manière plus indirecte. Comme l'assis-

<sup>83</sup> En 1930, on accueille 13% de patients gratuitement contre 3% en 1920. La gratuité accordée à de nombreux indigents semble donc profiter directement à l'Etat.

<sup>84</sup> Il ne s'agit ici que de l'argent communal dépensé comme couverture du déficit de l'hôpital. Il faudrait lui ajouter la prise en charge de journées de malades indigents.

tance est généralement dévolue aux communes, ce sont souvent elles qui s'acquittent des pensions d'indigents (9% des journées d'hospitalisation à Montreux en 1920 et 12% en 1930). La hausse des prix de pension ne suffit pas à assurer les ressources nécessaires au bon fonctionnement d'hôpitaux redimensionnés et il faut faire appel à la contribution directe des communes. Leur apparition dans le financement direct des hôpitaux correspond d'ailleurs à l'émergence d'une nouvelle manière de penser le social comme devoir public, qui mènera à l'Etat-Providence d'après-guerre. C'est souvent la construction de nouveaux bâtiments qui, en rompant l'équilibre précaire des finances, pose la question du financement public. La participation des communes ne se fait pas sans peine. Très souvent, elles acceptent une contribution volontaire en faveur de l'hôpital, mais refusent d'officialiser ces dons (Aubonne, Morges, Orbe, Payerne, Vevey-Providence, Vevey-Samaritain, Yverdon). Dans quelques rares cas, les communes acceptent cette officialisation (Béroche 1920; Montreux 1926; Aigle 1944; etc.), qui se généralisera dans les années 1950 et 1960. On ouvre alors les conseils d'administration aux représentants des communes.

La situation est similaire dans le Jura bernois. Les communes assument les pensions de leurs malades indigents, mais sont beaucoup plus réticentes à s'engager sur la voie de subventions annuelles fixes. Encore limitées en 1920 (1.0% des recettes totales à Delémont, 3.9% à Moutier, 0.4% à Saint-Imier), elles prennent un peu d'ampleur au cours de l'Entre-deux-guerres. Ainsi, en 1940, les subventions communales représentent 5.4% des recettes à Moutier et 4.7% à Saint-Imier.

A Genève, l'Hôpital privé Gourgas reçoit dès la fin des années 1910 au moins des dons des communes de Chêne-Bougerie, de Chêne-Bourg, de Plainpalais et des Eaux-Vives. On écrit en 1921 qu'« il y a longtemps que la commune de Chêne-Bougerie, et son dévoué maire, s'intéressent à notre œuvre, et cherchent à nous faciliter le paiement du séjour chez nous des enfants qu'elle envoie »<sup>85</sup>.

Dans le canton de Fribourg, c'est la loi sur l'assistance de 1928 qui remet la gestion des hôpitaux entre les mains de délégués des communes.

### *Assurances et malades*

On observe aussi une grande partie de malades qui assument leur propre hospitalisation. Les progrès de la médecine hospitalière, notam-

<sup>85</sup> Musée d'ethnographie de Genève, Collection Amoudruz, Gev 146, Hôpital Gourgas, Rapport annuel 1921, p. 5.

ment dans le domaine chirurgical, appellent à l'hôpital toute une population non indigente qui paie elle-même les soins reçus. La part des journées de malades admis gratuitement à Montreux est de 3% en 1920 et 13% en 1930. En 1938, on ne compte que deux hospitalisés gratuits sur un total de 868 malades (soit 0.2%). A Porrentruy, on décide en 1929 de ne plus accueillir gratuitement les malades indigents des villages environnants, attendu que «l'hôpital est propriété de la ville de Porrentruy et aussi ensuite des abus trop fréquents qui se produisent dans la délivrance de certificats d'indigence aux malades venant des communes rurales»<sup>86</sup>.

Si ni l'hôpital ni les communes ne prennent en charge l'hospitalisation des malades, on note une timide apparition des assurances maladies et accidents. Avec l'échec de la *lex Forrer* (1900) et la LAMA (1911), la Suisse ne connaît pas le régime de l'affiliation obligatoire à une caisse-maladie, ce qui retarde l'intervention des assurances dans le système hospitalier. A Montreux, elles s'acquittent de 9% des journées totales en 1920 et de 8% en 1930, alors qu'à Porrentruy, elles assurent en moyenne 10% des revenus totaux de l'hôpital pour la période 1922-1939. Avant 1945, les assurances sont un acteur très secondaire du système hospitalier.

Même si l'on met à contribution les collectivités publiques et les assurances, le développement des hôpitaux durant les années 1920 et 1930 est essentiellement supporté par les malades eux-mêmes. Lors de la discussion du financement de la réorganisation générale de l'Hôpital de Rolle en 1945-1946, un administrateur affirme que «la plupart des frais peuvent être récupérés sur les notes aux malades»<sup>87</sup> et un administrateur de l'Hôpital de Martigny déclare à la même époque que «les malades sont peut-être trop bien nourris»<sup>88</sup>.

### *Entreprises*

Enfin, le repli du financement hospitalier sur les pensions ne saurait faire oublier l'importance du soutien de la part de privés, essentiellement d'entreprises industrielles. On observe tout d'abord une aide importante et régulière de quelques grandes entreprises à l'hôpital de leur cité, comme Dubied à Couvet, Nestlé à Vevey, Paillard à Sainte-Croix ou Ebauches à Landeyeux. Mais, dans bon nombre de cas, le don du mécène industriel est un geste unique, qui sert à un aménagement particulier et visibilise ce soutien. Ainsi, la société Peter, Cailler, Kohler SA offre une voiture-ambu-

<sup>86</sup> Hôpital de Porrentruy, Procès-verbaux de la Direction, 19 février 1930.

<sup>87</sup> Hôpital de Rolle, Procès-verbaux du Bureau de direction, 8 février 1946.

<sup>88</sup> Hôpital de Martigny, Registre des délibérations du Conseil d'administration, 18 mai 1946

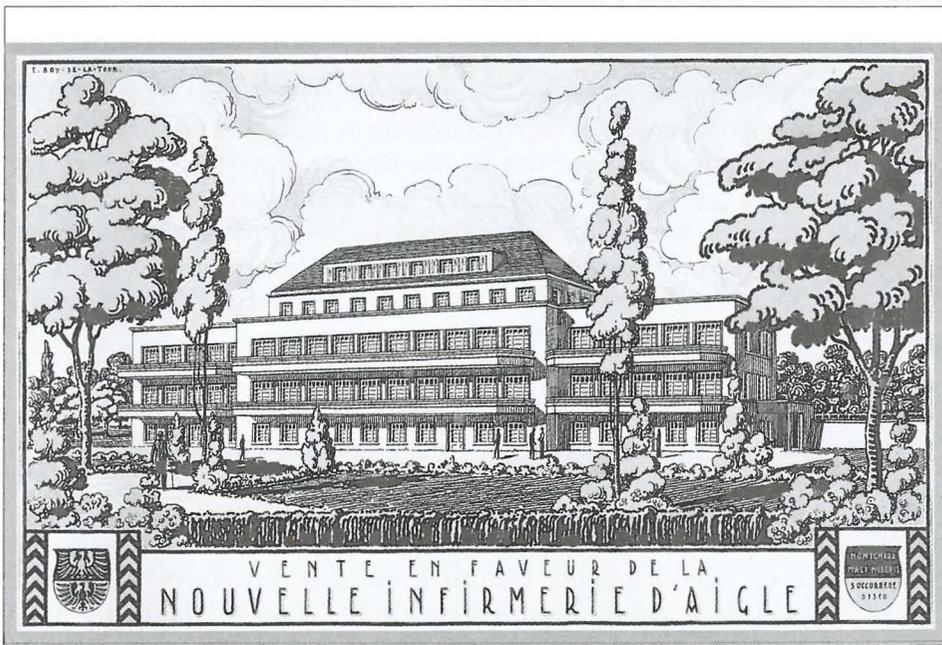


Figure 43: Archives de l'Hôpital du Chablais, site d'Aigle.

L'ouverture d'un nouvel hôpital à Aigle en 1932 rompt avec l'ancien système gestionnaire. Cet établissement, comprenant une division de tuberculeux, est plus grand et mieux équipé. Il permet l'accueil de 685 malades en 1935 et plus d'un milliers chaque année après 1945, contre 243 en 1920 et 304 en 1930. Cette extension a un prix: malgré le soutien de privés, il a fallu recourir à l'emprunt bancaire et utiliser les réserves de l'institution. Désormais, le fonctionnement de l'hôpital repose sur une plus grande participation financière des malades, qui assurent plus de 95% des recettes ordinaires dans les années 1940, alors que ce taux s'élevait à 47.1% en 1920 et 66.7% en 1930. L'augmentation des prix de pension n'est toutefois pas suffisante, et la commune d'Aigle doit apporter son soutien dès 1944.

lance à l'Hôpital de Riaz (1916), Alusuisse permet l'aménagement de bains pour les grands brûlés à Sierre (1925) et les industriels du Locle financent l'ouverture d'une salle d'accouchements (1943). A Moutier, cité industrielle par excellence, l'hôpital bénéficie directement de la croissance des entreprises dès la fin des années 1930. Les industriels de la région permettent l'achat d'une nouvelle installation de rayons X (1941) ainsi que d'une ambulance (1943), et versent plus de 165'000 francs en 1948 pour l'agrandissement de l'hôpital.

*Hôpitaux privés en difficulté*

Le redimensionnement et la croissance du système hospitalier romand sont donc rendus possibles par une hausse des pensions de malades et une aide accrue des collectivités publiques. Les établissements philanthropiques qui ne reçoivent pas ce soutien vont au devant de difficultés matérielles qui s'avéreront bientôt insurmontables. Les exemples des hôpitaux Butini (Genève) et Pourtalès (Neuchâtel) illustrent bien les limites du modèle philanthropique dans l'Entre-deux-guerres.

*A Genève, la dure concurrence de l'Hôpital cantonal*

Née de la réaction philanthropique à la fondation de l'Hôpital cantonal, l'Infirmierie Butini de Plainpalais souffre après 1914 de la nouvelle concurrence de l'établissement cantonal, qui s'est fortement modernisé entre 1890 et 1913. Le développement de la Clinique infantile, de la Maternité et de l'hôpital privé concurrent Gourgas amène le comité Butini à décider la fermeture du service des enfants (1914) et de sa colonie de Miolan<sup>89</sup> (1918), véritable réservoir de ce service depuis 1890. Il faut aussi faire face aux nouveaux aménagements des établissements cantonaux. On affirme en 1923 que «la Clinique médicale munie des derniers perfectionnements de laboratoire, etc. nous fait une concurrence sérieuse»<sup>90</sup>. On recourt à des institutions externes (Hôpital cantonal, Service de l'Hygiène, etc.) pour des examens de laboratoire et des radiographies. Enfin, il faut citer le départ du Dr Kummer, chirurgien-chef de Butini entre 1890 et 1914, pour un poste prestigieux à l'Hôpital cantonal (médecin-chef de la Clinique chirurgicale).

Une réaction est tentée à la fin des années 1920. On achète un appareil de diathermie en 1928 et une installation de rayons X en 1931. Un poste d'assistant scientifique est créé en 1929 (labo, diathermie, rayons X, etc.) et occupé par un médecin. Ces améliorations ne suffisent pourtant pas pour enrayer le déclin.

Le nombre moyen de malades se monte à 211.8 pour la période 1920-1944, alors qu'il était de plus de 400 dans les années 1890. Les consultations de la policlinique sont en chute libre après 1914: on dénombre 467 malades par an en 1914-1924; 237 en 1924-1934; et 98 en 1934-1944. Enfin,

<sup>89</sup> Il s'agit d'une colonie pour enfants chétifs, fondée par les époux Butini en 1854. Elle entretient de fortes relations avec l'Infirmierie Butini de Plainpalais: cette dernière assure les soins aigus et ambulatoires aux enfants de Miolan.

<sup>90</sup> Musée d'Histoire des Sciences, SM, Dos. 17. Rapport médical, exercice 1922-1923.

ce déclin se double d'une gériatrisation précoce de la maison. Les malades de plus de 60 ans sont 9.7% en 1914-1924; 20.5% en 1924-1934; 45.8% en 1934-1944 et 72% en 1949.

### *La fin de la philanthropie à l'Hôpital Pourtalès*

A Neuchâtel, on assiste aussi à la confrontation entre un hôpital philanthropique et un établissement public. En effet, l'ouverture du nouvel Hôpital de la Ville aux Cadolles (1914) engendre une concurrence pour l'Hôpital Pourtalès, qui était dans une phase de forte croissance depuis les années 1890<sup>91</sup>. Le nombre des hospitalisations, qui s'était établi à 2'264 en 1914, est en chute libre pendant une dizaine d'année et atteint 1'513 en 1923 (soit une baisse de 33.2%), avant de croître à nouveau. Mais il faut attendre les années 1940 pour retrouver les chiffres des années 1900-1914.

#### *Ressources de l'Hôpital Pourtalès, en % (1920-1950).*

	1920	1930	1940	1950
Autofinancement	33.2	28.5	24.9	14.6
Dons	-	2.7	3.5	2.9
Pensions de malades	64.9	65.3	68.7	80.2
Divers	1.9	3.6	2.9	2.2

Cette situation défavorable est renforcée par la mauvaise conjoncture économique d'après-guerre, si bien qu'en 1920, on a un déficit réel de près de 100'000 francs représentant 30.6% des dépenses. On affirme que

«la situation est grave pour l'Hôpital dont le capital serait vite épuisé si les déficits semblables se renouvelaient pendant quelques années. Il s'agit d'une question de vie pour notre fondation; des mesures immédiates s'imposent.»<sup>92</sup>

Les problèmes trouvent leur source dans la situation économique internationale: l'inflation a triplé le coût du combustible (22.2% des dépenses totales en 1920) et les taux de change sont défavorables au portefeuille de valeurs étrangères. La seule solution comptable envisageable est l'augmentation du prix de la pension. On décide notamment de supprimer la gratuité pour les indigents (1920), d'autant plus que les communes

<sup>91</sup> On était passé de 750 malades en 1890 à 2'264 en 1914, soit une croissance de 201.9%.

<sup>92</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Rapport annuel, 1920, p. 34.

sont désormais soumises à l'obligation légale d'assister leurs ressortissants. On organise aussi plusieurs ventes en faveur de l'hôpital (1921, 1925 et 1938).

Ces mesures ne parviennent pas à compenser la quasi absence de ressources publiques, et la chute du taux d'autofinancement est particulièrement révélatrice de la diminution de la fortune de Pourtalès. Elle baisse de 2.37 millions de francs en 1920 à 2.05 millions en 1950 (soit une baisse de 13.5%).

### *L'intervention de l'Etat remise en cause dans le canton de Vaud*

L'Etat vaudois intervient dans la gestion hospitalière de deux manières, d'une part par le biais de subsides de construction et de transformation (10% du coût de construction selon la loi sur les infirmeries de 1875) et d'autre part par l'intermédiaire du paiement des journées d'hospitalisation d'indigents. Dans les années 1920 et 1930, la participation de l'Etat au développement du réseau hospitalier se fait plus importante. La part des infirmeries dans les dépenses totales du Service des Hospices<sup>93</sup> passe de 5.2% en 1920 à 7.2% en 1930 et 8.0% en 1940. Cet engagement croissant de l'Etat en faveur des infirmeries entraîne à la fin des années 1930 une réaction et une remise en question du système sanitaire cantonal en provenance de l'Hôpital cantonal et de la Faculté de médecine, sous l'impulsion du professeur Pierre Decker<sup>94</sup>.

Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la fixation du prix de la journée d'hospitalisation remboursée par l'Etat donne lieu à des négociations serrées entre l'Etat et les infirmeries. Or, la journée subventionnée par l'Etat ne couvre grossièrement que la moitié du coût réel d'une journée d'hospitalisation<sup>95</sup>, rendue très chère suite aux divers aménagements des années 1920 et 1930. Afin de défendre leurs intérêts et de lutter en faveur d'une augmentation de la participation de l'Etat, les infirmeries se groupent en une Association des infirmeries vaudoises, officiellement créée en 1930 sur la base d'une expérience ancienne de lobbying. Mais le moment n'est pas à un engagement plus massif de l'Etat dans le financement des hôpitaux régionaux. Bien au contraire, on commence à le remettre en question.

<sup>93</sup> Comptes-rendus du Conseil d'Etat, diverses années. La part des infirmeries comprend les subsides de construction et le paiement des pensions d'indigents. Le Service des Hospices comprend, outre les infirmeries régionales, l'Hôpital cantonal, l'Hôpital de Cery et les Bains de Lavey.

<sup>94</sup> Pierre Decker (1892-1967): professeur de clinique chirurgicale et chef du service de chirurgie à l'Hôpital cantonal (1932-1957), doyen de la Faculté de médecine (1946-1948).

<sup>95</sup> Calculée en divisant les dépenses totales d'exploitation par le nombre total de journées d'hospitalisation.

C'est au niveau des subventions de construction qu'apparaît une sérieuse remise en question. Dans ce domaine, la participation de l'État est décisive pour plusieurs hôpitaux: Montreux reçoit 16'270 francs en 1934; Saint-Loup 44'876 francs en 1935; Rolle 48'150 francs en 1936; Nyon 44'000 francs en 1938. Ce subside est le dernier octroyé par l'État, en vertu d'un décret du Conseil d'État (24 mars 1936) suspendant de telles subventions en raison de la situation financière de l'État. Ce décret, pris sur préavis du Conseil de Santé qui raisonne en termes d'organisation hospitalière, est la première manifestation d'une politique hospitalière cantonale remise en question dans sa globalité, sous l'influence du professeur Decker. Pour bien saisir cette réaction, il faut avoir à l'esprit le développement qu'a pris l'Hôpital cantonal après 1914<sup>96</sup>. Suite à divers aménagements d'envergure (Maternité et Clinique infantile 1916; Pavillon Bourget pour tuberculeux 1917; Hôpital Sandoz 1932; Hôpital Nestlé 1935; Institut d'anatomie pathologique 1942; etc.), on assiste à l'émergence d'une véritable cité hospitalière sur les hauts de Lausanne. A l'Hôpital cantonal, on passe de 195'541 journées de malades en 1914 à 356'070 journées en 1945, soit une hausse de 82%. La crise des finances publiques vaudoises vient renforcer le sentiment d'un besoin de réforme globale du système de santé de la part des autorités sanitaires. Afin d'assurer un développement continu à l'Hôpital cantonal et de donner des moyens de pointe à son secteur chirurgical resté en marge de ce développement, le professeur Decker réclame l'intervention de l'État dans l'organisation hospitalière du canton<sup>97</sup>.

#### La nécessaire réorganisation du système hospitalier vaudois (1939)

«[...] Personne n'aurait l'idée de nier qu'il était nécessaire de construire, à côté de l'Hôpital cantonal, un certain nombre d'hôpitaux régionaux dans notre pays. Il est certain que si l'on tient compte du développement qu'a pris récemment la médecine et de la tendance générale à se faire soigner dans des institutions médicales, et non plus chez soi, le nombre des organisations hospitalières qui existaient dans le canton il y a quelques années, était insuffisant.

<sup>96</sup> Voir SAUDAN 1991 b, pp. 139-154.

<sup>97</sup> Un rapport daté du 14 janvier 1939 résume l'ensemble de ses propositions. Ce document se trouve notamment aux archives de La Source.

Est-ce dire qu'il était justifié de créer, comme on vient de le faire en très peu d'années, des hôpitaux coûteux d'installation, tous les 15 ou même 10 kilomètres?

[...] Ce qui nous manque actuellement, ce ne sont pas des hôpitaux de district équipés pour mettre en œuvre, tous les 10 kilomètres l'ensemble des ressources de la médecine moderne. Vouloir le faire serait imposer à la communauté des dépenses qui n'auraient aucune justification et à l'égard desquelles l'Etat ne peut se considérer comme responsable.

Ce dont nous avons besoin, c'est d'un hôpital central normalement équipé, avec un budget normal permettant de soigner les malades de chez nous comme sont soignés ceux des autres cantons suisses ou des autres pays. Ce qu'il nous faut, d'autre part, c'est trouver le moyen d'hospitaliser avec un confort suffisant, mais le plus économiquement possible, les indigents qui ne peuvent se soigner chez eux, les vieillards, les chroniques, les incurables. De ces derniers malades, un grand nombre occupe actuellement les lits de l'hôpital central. Ils y sont amenés de toutes les parties du canton. Ce sont précisément ces malades qui devraient pouvoir être hospitalisés près de leur famille, puisque leur traitement sera long et peut-être ne se terminera qu'à leur mort.

Pour les autres malades, ceux qui n'ont besoin que d'un traitement de courte durée (et c'est le cas pour le plus grand nombre des traitements chirurgicaux), je ne puis voir ce qu'il y aurait d'inhumain à les déplacer de quelques kilomètres pour en rassembler un nombre suffisant dans l'hôpital central, afin que le rendement de celui-ci soit normal.»

*Archives de La Source, Lausanne, Rapport du professeur Decker au Département de l'Instruction publique, 14 janvier 1939 (document non coté).*

Il estime en effet que le canton de Vaud a une trop grande densité hospitalière et qu'on a affaire généralement à des hôpitaux généralistes très bien équipés mais trop petits pour amortir de lourds investissements. Il demande que les hôpitaux régionaux deviennent complémentaires de celui de l'Etat en prenant en charge essentiellement une population non guérissable (vieillards, incurables, malades chroniques). Si elles n'ont pas d'incidences directes sur la politique sanitaire, ces propositions seront en partie reprises après 1945 dans le cadre du Plan hospitalier de 1966 qui hiérarchise les établissements de soins du canton.

### Réorganisations internes

En développant leurs activités, les hôpitaux deviennent des établissements importants qu'on ne peut plus gérer comme on le faisait à la fin du

XIX<sup>e</sup> siècle. La croissance des hospitalisations, de la complexité de l'environnement médico-technique et des moyens financiers nécessite une profonde réorganisation. Jusque dans les années 1920, les hôpitaux sont généralement directement administrés par une commission, la direction interne de l'établissement étant remise entre les mains de religieuses et les médecins en charge continuant leur activité hors de l'hôpital.

Dans les nouveaux hôpitaux qui apparaissent au cours de l'Entre-deux-guerres, on observe un processus de modernisation et de réorganisation qui n'est pas sans rappeler ce qui se passe dans les entreprises industrielles. Le changement d'échelle nécessite en effet une profonde restructuration de l'établissement. Au niveau administratif, les commissions engagent des économistes à qui on remet la gestion de l'établissement et prennent peu à peu le rôle d'organes de surveillance. Quant au niveau médical, on assiste à l'arrivée en force de médecins, avec la nomination d'internes et la division généralisée des services hospitaliers.

### *La gestion des hôpitaux remise entre les mains de managers professionnels*

Jusqu'en 1914, on trouve des économistes uniquement dans quelques grands établissements urbains, comme les hôpitaux cantonaux de Genève et de Lausanne ou les hôpitaux de Pourtalès, de La Chaux-de-Fonds, de Porrentruy, etc. Ces postes se généralisent dans l'Entre-deux-guerres (Saignelégier 1919, Hôpital cantonal de Fribourg 1920, Montreux 1923, Moutier 1930, Saint-Imier 1935, Hospice orthopédique de la Suisse romande 1936, Nyon 1943, etc.). Lorsque les premiers gérants sont engagés, ils proviennent de milieux fort divers. Dans certains cas, on observe une continuité avec l'ancien système, comme à Moutier, où c'est l'ancien secrétaire-caissier du conseil d'administration qui est nommé. L'Hospice orthopédique de la Suisse romande présente une situation similaire. On y nomme caissier en 1936 le notaire André Verrey<sup>98</sup>, membre du conseil d'administration depuis près de 17 ans et fondé de pouvoir dans une banque privée lausannoise. Dans les autres cas, on confie généralement les hôpitaux à des professionnels de la gestion. Des comptables diplômés sont engagés à Montreux (1929), à l'Hospice orthopédique (1936), à Saint-Imier (1943), etc. Quant à l'Asile des aveugles, le poste d'administrateur y est confié pour la première fois à un laïc en 1946. Dans ce cas, on engage un fonctionnaire communal qui a fait carrière dans la police

<sup>98</sup> André Verrey (1880-1945): notaire à la banque lausannoise Bugnion & Cie et membre de la commission administrative de l'Hospice orthopédique (1919-1945).



Figure 44: *Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds.*

La commission administrative et les dirigeants de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds dans les années 1930. On reconnaît notamment Numa Humbert (quatrième depuis la gauche), administrateur de l'établissement entre 1925 et 1952. C'est sous sa direction que la bureaucratie se met en place. On achète une seconde machine à écrire (1928), puis on engage une aide de bureau et une sténo-dactylo en 1938.

lausannoise<sup>99</sup>. Enfin, dans les cas où la fonction d'économiste n'existe pas, on observe une main-mise croissante des professionnels de la gestion de biens sur les postes-clés des organes directeurs. Ainsi, à Payerne, la place de président du comité administratif est occupée dès 1913 par le syndic, alors qu'elle l'était par des pasteurs depuis 1867.

Le gérant n'est pas seul à prendre en main la direction matérielle des hôpitaux. Son arrivée coïncide en effet avec celle de la bureaucratie hospitalière. A l'Hôpital Pourtalès, la direction administrative interne (comptabilité et surveillance générale) est séparée en 1927 de la gestion du patrimoine foncier et financier (intendance), et confiée à un comptable de l'étude notariale de l'intendant. Dans le même hôpital, on observe l'apparition d'une aide de bureau pour l'économiste (1943) suivie d'une secrétaire pour les médecins (1944). De nouveaux plans comptables, qui séparent

<sup>99</sup> Paul Brunner (1893-?): fonctionnaire au Bureau des étrangers de la ville de Lausanne (1911) puis officier de police (1919) et commandant du corps de police (1921). Il est aussi chef des éclaireurs vaudois (1929-1938).

pour la première fois compte d'exploitation et compte de pertes et profits, sont adoptés dans la plupart des hôpitaux régionaux vaudois au cours des années 1940. A Delémont, on nomme en 1940 deux contrôleurs des comptes travaillant dans des banques, en plus des deux contrôleurs officiels pris dans les milieux politiques.

L'arrivée de ce nouveau pouvoir laïc et gestionnaire à l'hôpital n'est pas sans poser divers problèmes. En effet, ce sont jusque-là les diaconesses ou des sœurs catholiques qui s'occupent entièrement de la direction interne de la maison, et l'arrivée d'économistes les dépossède de leurs fonctions administratives. Le cahier des charges du nouvel économiste engagé à Saignelégier en 1919 montre bien qu'à côté des tâches purement gestionnaires (direction du domaine agricole, gestion de la fortune, etc.) coexiste une fonction de surveillance interne qui incombait traditionnellement aux religieuses (contrôle des malades, nomination des employés tels que domestiques et infirmiers, etc.). La direction interne de l'hôpital est désormais divisée entre la sœur supérieure, qui devient infirmière-chef, et l'économiste, nouveau directeur administratif. Or, ces deux pouvoirs ont des conceptions diamétralement opposées du rôle de l'hôpital et de sa gestion. Pour schématiser, on voit s'affronter une conception philanthropique et traditionnelle et une autre, entrepreneuriale et moderne. La position prise par la sœur supérieure de l'Hôpital de Rolle en 1948 illustre tout à fait ces conceptions opposées de l'institution hospitalière :

«[...] s'adressant plus directement à Mr Chêne [administrateur] dont elle [sœur Marie-Madeleine, supérieure] a remarqué l'objectivité et le désir constant de considérer volontiers l'aspect financier de notre institution, elle nous prie tous d'en voir également le côté spirituel. Sœur Marie-Madeleine affirme avoir été si souvent miraculeusement exaucée (dons à l'occasion de Noël qui lui ont permis de préparer la belle fête dont elle avait rêvé) qu'elle croit fermement qu'il en sera de même pour l'achat du potager. Puis, passant à un autre sujet, elle exprime le désir que la vente annuelle n'ait plus lieu un dimanche, même si le bénéfice devait s'en trouver réduit, Dieu devant bien trouver le moyen de combler d'une autre façon nos besoins. Une telle conviction fit une profonde impression. Mr Chêne remercie Sœur Marie-Madeleine de ce qu'elle vient de dire: "Vous avez touché mon point faible", lui dit-il; "Je sais bien qu'il nous faut avoir confiance en Celui qui dirige tout, mais je ne puis m'empêcher de rappeler que les besoins financiers doivent être résolus pour eux-mêmes."»<sup>100</sup>

Cependant, ce nouveau pouvoir gestionnaire laïc n'est pas sans limite et se confronte à un autre pouvoir émergent à l'intérieur de l'hôpital,

<sup>100</sup> Hôpital de Rolle, Procès-verbaux de la Commission administrative, 13 avril 1948.

celui du corps médical. En 1949, le Dr Ody, chirurgien-chef de l'Hôpital cantonal de Fribourg, dénonce dans une conférence de presse la toute-puissance d'un pouvoir gestionnaire ignorant les problèmes de la médecine :

« Tout en respectant infiniment les délégués politiques et les élus du peuple, je crois pouvoir souligner que leur présence trop nombreuse dans cette commission administrative<sup>101</sup>, entraîne une passivité et un manque d'esprit médical préjudiciable à plus d'un titre. [Les administrateurs sont] sans doute des hommes politiques, des artisans et des agriculteurs fort honorables, mais leur action à la Commission administrative est d'une utilité problématique, si l'on veut admettre que cette commission administre véritablement et soit de quelque secours à l'administrateur en titre. Il ne s'agit pas ici d'une commission parlementaire, destinée à donner son avis sur des questions de portée générale. A notre avis, elle aurait un rôle beaucoup plus utile et même plus urgent à remplir. Celui de créer un lien entre les divers services et de donner des avis compétents à l'administrateur, qui n'est pas lui-même un homme du métier et se trouve souvent très embarrassé de trancher entre les revendications qui sont formulées. »<sup>102</sup>

Face aux développements de la médecine, les établissements hospitaliers sont en effet dans une phase de réorganisation de leurs services médicaux, qui doit permettre la croissance du système. L'exercice de la médecine devient un enjeu important du réaménagement des hôpitaux.

### *Réorganisation des services médicaux : vers un pouvoir médical à l'hôpital*

Au niveau du service médical, ce changement d'échelle nécessite certaines remises en question. Le système traditionnel du tournus entre les divers praticiens de la localité devient peu à peu incompatible avec ces nouveaux hôpitaux qui nécessitent une présence de chaque instant. Mais les médecins eux-mêmes refusent tout autant d'abandonner leur pratique privée que de voir la nomination de médecins hospitaliers et de fermer des établissements aux autres praticiens, qui ont eux-mêmes besoin des infrastructures hospitalières (rayons X, salles d'opérations) pour leur pratique privée. L'Entre-deux-guerres apparaît donc comme une période charnière qui consacre le pouvoir médical à l'intérieur des établissements hospitaliers tout en ménageant l'exercice privé de la médecine.

<sup>101</sup> Sur un total de onze membres, la commission administrative compte un seul représentant du corps médical, le chirurgien-chef, et dix représentants des autorités politiques et ecclésiastiques.

<sup>102</sup> AEF, DSPa 1069, Mémoire explicatif concernant la réorganisation de l'Hôpital cantonal, 22 septembre 1949.

*Séparation des services médicaux*

Le signe le plus visible de la réorganisation médicale des hôpitaux est la généralisation de services médicaux autonomes. Alors qu'avant 1918, on ne compte généralement qu'un seul médecin à la tête de l'hôpital, voire deux (médecine et chirurgie) dans les grands établissements, on assiste dans les années 1918-1945 à un premier éclatement des services médicaux dans l'ensemble des établissements, sur le modèle des hôpitaux cantonaux. A terme, on aboutit à la coexistence de services de médecine, de chirurgie, de maternité et de radiologie dans presque tous les hôpitaux, quelle que soit leur forme. Ces divisions répondent au développement généralisé de la connaissance médicale et à l'apparition de spécialités (et de spécialistes FMH). Ainsi que l'affirme en 1931 le Dr Charles de Meuron<sup>103</sup>, désireux de mettre sur pied un service de gynécologie à l'Hôpital Pourtalès, l'autonomisation des services médicaux « n'est pas le résultat d'un désir personnel et égoïste de celui qui vous parle, mais doit être envisagé[e] comme une nécessité répondant aux conceptions actuelles du monde médical »<sup>104</sup>. De même, l'augmentation du nombre de médecins permet, autant qu'elle favorise, de tels aménagements. A Saignelégier, les services de médecine et de chirurgie sont séparés en 1932 suite à l'établissement d'un nouveau médecin dans la région qui en fait la demande.

De plus, cette division des services coïncide avec la nomination fixe de médecins et la fin du tournus entre praticiens, comme cela se pratique dans les hôpitaux cantonaux. Cette demande provient généralement des médecins eux-mêmes. A Yverdon, quatre d'entre eux, appuyés par l'ensemble du corps médical des districts d'Yverdon et de Grandson, écrivent en 1939 au comité directeur de l'hôpital pour l'informer que selon eux

« il paraît désirable pour la bonne marche de la maison, dans l'intérêt des malades et pour l'amélioration du travail médical d'instaurer dès le début d'avril prochain un service médical permanent, c'est-à-dire assuré constamment par les mêmes médecins. »<sup>105</sup>

La création de tels postes pose alors clairement le problème de l'exercice privé de la médecine par les médecins hospitaliers, ainsi que l'accès aux infrastructures hospitalières pour les autres praticiens.

<sup>103</sup> Charles de Meuron (?-?): membre de la direction de Pourtalès (1922-1924) et médecin-chef de la Maternité de Pourtalès (1924-1942).

<sup>104</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Document non daté (1931).

<sup>105</sup> Hôpital d'Yverdon, lettre des Drs Cuendet, Pache, Pérusset fils et Chapuis au comité directeur de l'hôpital, 10 mars 1939.

*Rapports entre médecine hospitalière et médecine privée*

Dans certains établissements, la réforme de l'organisation des services médicaux va plus loin que l'autonomisation, c'est-à-dire la nomination de nouveaux médecins-chefs de services, et débouche sur des tentatives de non-accès aux hôpitaux pour les autres praticiens, soit l'impossibilité d'exercer en milieu hospitalier. Généralement, ces dispositions entraînent un refus catégorique du corps médical, qui a besoin des nouvelles infrastructures hospitalières telles qu'installations de rayons X ou salles d'opérations. On observe alors de leur part une résistance corporatiste particulièrement efficace. A Martigny, le conseil d'administration projette en 1924 la nomination d'un médecin unique, ainsi que la fermeture de l'hôpital aux autres praticiens. En réaction, les médecins de la ville refusent d'envoyer à l'hôpital leurs malades, car ils se feraient soigner par le médecin hospitalier et ne payeraient aucun honoraire à leur propre médecin. On aboutit alors à un compromis, qui accorde au médecin de l'établissement le soin aux assistés et aux militaires assurés par la Confédération, et qui autorise les autres médecins à utiliser l'hôpital pour leurs patients privés, moyennant le versement d'une part des honoraires à l'hôpital. Quant à la réorganisation médicale de l'Hôpital d'Yverdon (1939), elle n'est acceptée par le corps médical qu'à condition que « tous les médecins [puissent] employer les rayons X [et] utiliser les salles d'opérations pour de petites interventions policliniques »<sup>106</sup>.

Le corps médical a une attitude ambiguë face aux hôpitaux: il en revendique le développement et la modernisation, pour le bien de la pratique privée, mais se plaint lorsque les établissements hospitaliers lui font concurrence. A Neuchâtel, le Dr Jacques de Montmollin fait part en 1933 à la direction de Pourtalès de son souci de « revoir la question de la policlinique qui s'est trop développée et qui provoque des réclamations de la part des confrères de la Ville »<sup>107</sup>. Il s'agit de restructurer l'organisation de la policlinique afin qu'elle ne concurrence plus les consultations dans les cabinets privés des médecins neuchâtelois:

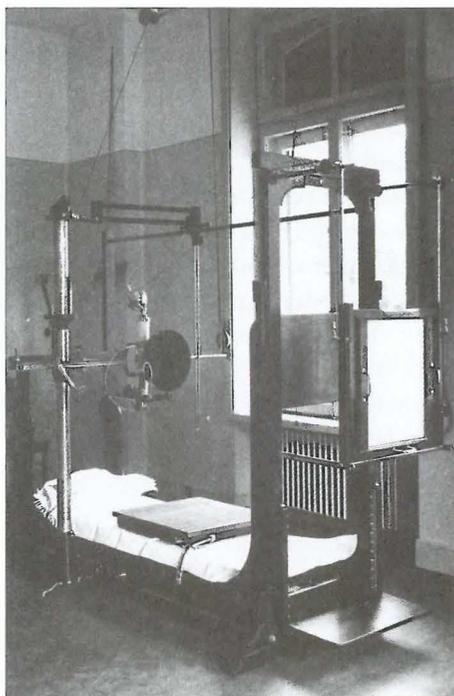
« Il serait à désirer que la policlinique ne serve que les indigents. Pour les assurés [...] la policlinique devrait faire comme celle de Genève. Elle accueille tous les cas (cas d'urgence par exemple) et si ce sont des assurés pouvant être soignés à domicile ou à la consultation, on les panse (à Genève) et les adresse à leur médecin de famille ou s'ils sont seuls à un médecin de leur choix qu'on leur indiquera si on veut les tirer d'embarras. Actuellement la policlinique

<sup>106</sup> Hôpital d'Yverdon, Procès-verbaux du Comité de direction, 22 mars 1939.

<sup>107</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 21 février 1933.

Figure 45: *Archives de la Clinique Cecil SA, Lausanne.*

Clinique Cecil, installation radiologique, années 1930. Afin de rentabiliser une infrastructure médico-technique de plus en plus coûteuse, on la met au service de la médecine privée. A la Clinique Cecil de Lausanne, la direction écrit dans les années 1930 une circulaire au corps médical vaudois dans laquelle elle les informe que «notre salle de R.X est toujours à votre disposition pour toute radiologie osseuse, pulmonaire et gastro-intestinale»<sup>108</sup>.



prive le corps médical de la ville d'une somme de 7'000 francs environ par an.»<sup>109</sup>

A La Chaux-de-Fonds, ce sont les médecins de la clinique privée de Montbrillant qui se plaignent de la concurrence de l'Hôpital communal. A l'Hôpital cantonal de Genève, on observe une plus grande implication des médecins dans la gestion de l'établissement. Alors que 15.5% des membres de la commission administrative sont médecins entre 1849 et 1914, cette proportion se monte à 25.8% pour la période 1914-1945.

Enfin, mis à part les hôpitaux cantonaux, les établissements hospitaliers ont certaines difficultés à recruter des médecins qui acceptent de se mettre à plein temps en faveur de l'hôpital et d'abandonner toute pratique privée. En 1932-1933, lorsque le poste de médecin-chef est à repourvoir à l'Hôpital Pourtalès, on informe les candidats que «les chambres particulières ne doivent pas être accaparées par lui»<sup>110</sup> et l'on se demande si le Dr

<sup>108</sup> Clinique Cecil, Circulaire imprimée aux médecins vaudois, sans date (années 1930).

<sup>109</sup> AVN, Hôpital Pourtalès, Lettre du Dr Jacques de Montmollin au président de la direction, 2 février 1933.

<sup>110</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 21 février 1933.

Charles Pettavel<sup>111</sup>, grand nom de la médecine neuchâteloise pressenti un temps pour la place, «serait [...] disposé à abandonner une partie de sa clientèle»<sup>112</sup> malgré la remise de la moitié des taxes opératoires en sa faveur. Finalement, on opte pour un autre médecin alors moins connu, le Dr Gilbert DuPasquier<sup>113</sup>. A Porrentruy, un médecin est renvoyé du tournus du service médical en 1939, car on l'accuse de recruter à l'hôpital de la clientèle privée pour sa petite clinique. A l'image de ce que l'on revendique à Pourtalès, les hôpitaux romands désirent des «médecin[s] qui [aient] des qualités fondamentales de désintéressement et de dévouement et qui n'envisage[nt] pas [leurs] fonctions comme une affaire commerciale»<sup>114</sup>. La solution, tant d'un point de vue organisationnel que financier, sera trouvée dans l'engagement de jeunes médecins diplômés comme médecins internes.

### *La question des internes*

Les médecins internes sont de jeunes diplômés engagés par les hôpitaux pour y assurer une permanence médicale pendant une période d'une ou deux années. Apparus dans la seconde partie du XIX<sup>e</sup> siècle dans les hôpitaux cantonaux de Lausanne et de Genève, ils se généralisent dans l'Entre-deux-guerres (Montreux 1928; Vevey-Samaritain 1930; Saint-Imier 1935; Nyon 1940; etc.). Comme ils séjournent à l'hôpital et y exercent toute la journée, ce sont eux beaucoup plus que les médecins-chefs qui y symbolisent l'arrivée du pouvoir médical et qui cherchent à y asseoir leur autorité.

L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds connaît dans les années 1930 et 1940 de grands problèmes de discipline avec ses internes qui cherchent à se soustraire à toute autorité et à établir la leur. Bien que cela soit interdit par les règlements, ils invitent à de nombreuses reprises des personnes à partager leurs repas, dont ils se plaignent très souvent de la qualité, et des demoiselles dans leurs appartements privés. La direction décide en 1942 de n'engager plus que des internes célibataires. Leurs revendications portent aussi sur leurs activités professionnelles. Ils cherchent à se libérer de certaines tâches subalternes et réclament l'engagement d'une laborantine en 1938,

<sup>111</sup> Charles Pettavel (1885-1970): chirurgien installé à Neuchâtel en 1917 où il fonde une clinique de chirurgie, privat-docent à l'Université de Berne, président de la Société suisse de chirurgie, chirurgien-chef de l'Hôpital de la ville de Neuchâtel (1934-1951).

<sup>112</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 21 février 1933.

<sup>113</sup> Gilbert DuPasquier (?-1972): médecin-chef de Pourtalès, membre de la commission administrative de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande et du comité central de la Croix-Rouge suisse, député libéral.

<sup>114</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 21 février 1933.

alors que le travail de laboratoire est de leur ressort. Soumise à des difficultés de recrutement, la direction se plie à leurs demandes. Une laborantine est engagée en 1941 et le droit de se marier est obtenu en 1946.

Les frictions avec les religieuses sont aussi très nombreuses, C'est à Genève que les conflits semblent les plus violents<sup>115</sup>. En permanente opposition avec la commission administrative qui leur reproche leur désinvolture et leur insubordination, dès les années 1900, ils se voient confrontés aux diaconesses, « seul véritable contre-pouvoir à l'autorité médicale »<sup>116</sup>, utilisées par les administrateurs comme les contremaîtres par le patronat industriel :

« Le tournant taylorien de l'hôpital a donc consisté à réorganiser la hiérarchie des grands établissements de telle sorte que les religieuses-cadres gèrent, supervisent et rentabilisent une force de travail en général peu qualifiée mais polyvalente, parallèlement à une hiérarchie médicale désormais absorbée entièrement par ses fonctions scientifiques. »<sup>117</sup>

La situation est un peu différente dans les petits hôpitaux où l'arrivée de médecins internes se fait au détriment des religieuses. Alors qu'elles assuraient jusque-là l'entière direction interne de ces établissements, elles ressentent leur nouvelle responsabilité d'infirmière-chef comme un déclassement, d'autant plus qu'elles se voient au même moment dépossédées de la direction administrative des hôpitaux avec l'arrivée d'économistes laïcs. A l'Hôpital de Nyon, la réorganisation de l'établissement n'est pas sans poser de graves difficultés.

#### *Diaconesses contre médecin interne à l'Hôpital de Nyon (1940-1944)*

Il y a dès 1944 un conflit entre la doctoresse Rosenblatt<sup>118</sup>, d'origine allemande, engagée comme interne en 1940, et la diaconesse supérieure fraîchement « promue » infirmière-chef. Cette affaire est très intéressante car elle révèle les tensions que suscitent la prise de pouvoir des médecins et le déclassement des diaconesses. Les administrateurs désirent en effet se séparer de leur interne, qu'on accuse de chercher à évincer les sœurs de Saint-Loup et que l'on déclare coupable du malaise général qui règne dans cet établissement. Le Dr Gustave Piotet<sup>119</sup> déclare au contraire que « si l'on

<sup>115</sup> DROUX 2000, pp. 446-453 et 468-471.

<sup>116</sup> DROUX 2000, p. 453.

<sup>117</sup> DROUX 2000, p. 466.

<sup>118</sup> Mlle Rosenblatt (1904-?) : médecin d'origine allemande, interne à l'Hôpital de Nyon (1940-1944).

<sup>119</sup> Gustave Piotet (1898-1985) : chef de clinique à l'Hôpital cantonal (1925), chirurgien-chef de l'Hôpital de Nyon (1927-1963), chirurgien des hôpitaux de Rolle et d'Aubonne.

veut ramener la paix à l'hôpital, il ne sert à rien de congédier Mlle Rosenblatt, mais qu'il convient de renvoyer la sœur directrice, les infirmières et une partie du personnel»<sup>120</sup>. Selon un administrateur, la sœur directrice « n'a pas toujours le doigté et le calme qu'on pourrait lui demander, [mais] il faut reconnaître qu'elle administre admirablement l'Hôpital. C'est certainement grâce à elle que les comptes d'exploitation de notre œuvre sont toujours favorables »<sup>121</sup>. Le Dr Francken<sup>122</sup> a un autre avis : « On fait au détriment de certains assistés, des économies de médicaments qui sont inadmissibles. »<sup>123</sup> Un autre administrateur, pasteur de son état, défend la sœur et « rend un émouvant témoignage sur l'œuvre splendide des sœurs de Saint-Loup qui apportent aux malades une aide spirituelle précieuse »<sup>124</sup>.

Les autres médecins aussi connaissent des problèmes avec le personnel médical. Selon le témoignage du Dr Piotet, les sœurs notamment feraient preuve de non respect du secret médical et des prescriptions de médicaments, et d'une volonté délibérée de nuire au bon déroulement des soins. Il donne notamment l'exemple d'une

« sœur qui va quitter Saint-Loup [qui] a tout dernièrement retourné un malade atteint d'une maladie grave et impotent d'une jambe. Son thorax est venu s'appuyer sur une barre de fer du lit; il a dit que cela lui faisait mal. La sœur lui a répondu que cela lui apprendrait à se plaindre aux médecins et qu'il n'avait qu'à supporter cette position. »<sup>125</sup>

Finalement, le conflit entre les médecins et les diaconesses s'atténue en décembre 1944, avec le départ de Mlle Rosenblatt, renvoyée sans avoir pu s'expliquer, l'arrivée d'une nouvelle sœur directrice et l'engagement d'une laborantine sur proposition des médecins.

## Conclusion

L'hôpital de 1945 n'a plus rien à voir avec celui des années 1910. Durant l'Entre-deux-guerres, les hôpitaux deviennent des entreprises modernes. Les diverses restructurations dont ils sont l'objet aboutissent à une homogénéisation des systèmes hospitaliers : dans l'ensemble de la

<sup>120</sup> Hôpital de Nyon, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 26 février 1944.

<sup>121</sup> Ibidem.

<sup>122</sup> William Francken (1889-1962) : médecin du Pavillon de la Côte de Gilly et grand promoteur de la lutte contre la tuberculose.

<sup>123</sup> Hôpital de Nyon, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 26 février 1944.

<sup>124</sup> Ibidem.

<sup>125</sup> Ibidem.

Suisse romande, on dispose en effet d'hôpitaux modernes et bien équipés, dirigés par des professionnels de la gestion et dans lesquels travaillent un personnel soignant professionnalisé, ainsi que des médecins de plus en plus nombreux et soucieux de la modernité médico-technique des infrastructures hospitalières. A cela s'ajoute l'intervention croissante des collectivités publiques dans le financement des établissements. Ainsi, au sortir de la guerre, les systèmes hospitaliers romands sont structurellement prêts pour soutenir l'extraordinaire croissance des Trente Glorieuses.

## L'EXPLOSION DU SYSTÈME (1945-1975)

### Un système en pleine croissance

Les deux hôpitaux ouverts en Suisse romande dans les années 1940 (Hôpital de Lavaux à Cully 1941; Hôpital régional de Sion 1944) complètent un tissu hospitalier déjà très dense. Sa structure ne va globalement pas être bouleversée durant les Trente Glorieuses qui vont voir une croissance extraordinaire de l'ensemble du système. C'est le réseau en place au sortir de la guerre qui va soutenir ce développement.

*Nombre de lits de malades dans les établissements romands (1950-1970)<sup>1</sup>.*

	Lits 1950	% Suisse romande	Lits 1970	% Suisse romande	Croissance 1950-1970 (en %)
Fribourg	1799	10.7	1903	11.3	5.8
Genève	2680	15.9	3562	21.2	32.9
Neuchâtel	1735	10.3	2123	12.7	22.4
Valais	2291	13.6	2536	15.1	10.7
Vaud	8323	49.5	6658	39.7	-20.0
Total Suisse romande	16828	100.0	16782	100.0	-0.3
Total Suisse	68275		69932		

La croissance ne se fait pas au niveau du nombre total de lits d'hôpitaux, qui reste globalement identique entre 1950 et 1970 (-0.3%). De même, les lits romands représentent la même proportion des lits suisses

<sup>1</sup> *Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, diverses années. Cette source ne m'a pas permis d'isoler les hôpitaux jurassiens dans le canton de Berne. Ces chiffres comprennent les institutions psychiatriques et les lits médico-sociaux.

aux deux dates (24%). En revanche, on remarque de profonds bouleversements au niveau de la répartition des lits entre cantons. Le canton de Vaud perd près de 1'700 lits, alors même que l'Hôpital cantonal connaît d'importants développements et que plusieurs grands hôpitaux régionaux sont inaugurés durant cette période. Cette décroissance s'explique par le déclin des établissements antituberculeux et la reconversion de Leysin vers le tourisme<sup>2</sup>. C'est aussi la fin de la « montagne magique » qui explique dans une large mesure la faible croissance valaisanne (10.7%) durant ces deux décennies: alors qu'on dénombre près d'une vingtaine d'établissements pour tuberculeux à Montana au sortir de la guerre<sup>3</sup>, la plupart d'entre eux se tournent vers le tourisme au cours des années 1960. Quant à la quasi stagnation fribourgeoise, elle reflète bien l'état de la politique hospitalière de ce canton qui met beaucoup de temps à se concrétiser: l'Hôpital cantonal de Bertigny n'ouvre ses portes qu'en 1972. Enfin, les cantons les plus dynamiques sont Neuchâtel, qui connaît un développement généralisé de ses hôpitaux régionaux, et Genève. Ce dernier présente une très forte croissance d'environ 900 lits, malgré la fermeture de plusieurs établissements privés d'importance. L'Hôpital cantonal de Genève, dans une phase de développement tous azimuts après 1945, assoit son pouvoir sur la ville, ne laissant de place qu'à quelques cliniques privées.

Au niveau de l'ensemble des journées d'hospitalisation pour toute la Suisse, on observe une baisse: -19.5% entre 1950 et 1971<sup>4</sup>. Pour schématiser, on peut dire qu'on a affaire à une recomposition du système hospitalier durant les Trente Glorieuses, qui se révèle être un transfert de lits sociaux vers des lits médicaux, c'est-à-dire situés dans un environnement technique et humain différent, qui nécessite des infrastructures nouvelles et coûteuses. Les dépenses d'exploitation totales des hôpitaux suisses sont estimées à 495 millions en 1950 (1.26% du PNB) et à 3'477 millions en 1974 (2.77% du PNB)<sup>5</sup>, soit une hausse de 602.4%.

Ces chiffres montrent d'emblée que la croissance hospitalière ne peut pas se mesurer qu'en termes de lits d'hôpitaux. Elle s'observe en effet essentiellement à travers sa dimension économique et médico-technique.

### *Causes de la croissance*

Cette croissance du système trouve son origine dans des causes médicales et sociales, beaucoup plus que démographiques.

<sup>2</sup> DESPONDS 1993.

<sup>3</sup> Selon l'inventaire des Archives cantonales du Valais.

<sup>4</sup> HENNY 1974.

<sup>5</sup> GILLIAND 1976, p. 57. Chiffres en francs constants 1973.

La population suisse augmente en effet de 33.0% entre 1950 et 1970, passant de 4.7 millions à 6.3 millions d'habitants. Il s'agit donc de faire face à cette croissance démographique et d'assurer à l'ensemble de la population des soins hospitaliers de qualité. Pourtant, comme on l'a relevé ci-dessus, la capacité d'accueil de l'ensemble du système ne pose pas de problème particulier. La densité de lits hospitaliers<sup>6</sup> diminue même durant ces décennies, passant pour le canton de Vaud de 22.1 lits pour 1'000 habitants en 1950 (14.5 en Suisse) à 13.0 en 1970 (11.2 en Suisse), soit une baisse de 41.2%. Le vieillissement démographique n'en est qu'à ses débuts: les personnes âgées de 80 ans et plus représentent 1.2% de la population en 1950 et 1.8% en 1970<sup>7</sup>. L'hospitalisation de la vieillesse interviendra essentiellement dans les années 1980. Ni la forte hausse de la population, ni le début de son vieillissement durant les années 1950 et 1960 ne sont donc responsables de la croissance du système hospitalier.

La cause essentielle du développement hospitalier réside dans les innovations de la médecine, l'apparition de nouvelles spécialités médicales et les améliorations de l'infrastructure technique. Après 1945, on assiste dans le domaine de la médecine à une véritable révolution thérapeutique<sup>8</sup>, ouverte par la découverte des premiers sulfamides et la production industrielle de pénicilline. On va lutter avec succès contre de multiples maladies grâce à l'apparition de l'anticoagulant (1941) et du rein artificiel (1944), aux débuts de l'antibiothérapie et de la chimiothérapie anticancéreuse (années 1940), à la synthèse de la cortisone (1949), etc. Le traitement des maladies psychiatriques va se voir bouleversé par la découverte du premier neuroleptique, la chlorpromazine (1952). La chirurgie de substitution va faire de gigantesques progrès avec la prothèse de la hanche (1950), le cristallin artificiel (1952) et les transplantations de rein (1955), de moelle osseuse (1957), de poumon (1963), de foie (1963) et de cœur (1967). Le Dr Terrier<sup>9</sup> de La Chaux-de-Fonds parle même en 1966 de «l'industrialisation des techniques hospitalières»<sup>10</sup>. Cet environnement médico-technique en évolution permanente nécessite de nouveaux aménagements hospitaliers, de nouvelles infrastructures et un personnel de plus en plus qualifié. La proportion de la surface hospitalière consacrée au domaine médico-technique est en augmentation permanente, comme à l'Hôpital de Cully, où elle représente 8% de la surface totale en 1942, 9% en 1958 et

<sup>6</sup> GILLIAND 1976, p. 54.

<sup>7</sup> LALIVE D'EPINAY 1994, p. 145.

<sup>8</sup> Voir PORTER 1997.

<sup>9</sup> Dr Georges Terrier (né en 1922): médecin-chef à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds (1957-1987), professeur d'ORL à l'Université de Lausanne (1979-1987) et historien de la médecine.

<sup>10</sup> Cette citation est tirée du discours qu'il prononce en 1966 à l'occasion de l'inauguration du nouvel Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Voir HÔPITAL (sans date), p. 29.

17% en 1977<sup>11</sup>. Ainsi, chaque hôpital, chaque clinique et chaque maison de santé va se donner ou se chercher les moyens de disposer de ces techniques médicales nouvelles. L'adaptation des hôpitaux à cette médecine couronnée de succès devient la raison essentielle de la croissance du système hospitalier d'après-guerre.

Cet arsenal thérapeutique nouveau rend rapidement l'hôpital très populaire et en fait une institution de soins de haute qualité qui n'est plus destinée en priorité aux indigents. L'hôpital s'ouvre à la société, qui intègre d'ailleurs très vite le droit à l'accès aux soins parmi ses valeurs essentielles. La part de population hospitalisée par rapport à la population totale était de moins de 1% à Genève avant 1815<sup>12</sup>. En ne tenant compte que des patients admis à l'Hôpital cantonal, cette proportion se monte à 3.2% en 1900, 6.3% en 1950 et 9.1% en 1970.

### Ouverture de nouveaux complexes hospitaliers

De l'infirmier de campagne à l'hôpital universitaire, tous les établissements hospitaliers se développent de manière exponentielle afin de se doter d'infrastructures de pointe et de faire face aux demandes croissantes d'hospitalisation. Dans toute la Suisse romande, on assiste à la construction de nouveaux bâtiments et à des transformations d'importance. Au niveau organisationnel, on se dirige vers un éclatement des divers services médicaux. Enfin, cette croissance aboutit dans quelques grandes villes à une restructuration du paysage hospitalier (Genève, Lausanne, Fribourg, Neuchâtel).

### *A Genève, toute-puissance de l'Hôpital cantonal*

Le développement de l'Hôpital cantonal de Genève est un bon exemple du gigantisme hospitalier d'après-guerre. En reconstruction quasi permanente après 1945, cette institution passe de 870 lits en 1946 à 1'960 en 1970 (soit une hausse de 125.3%). Entre 1950 et 1970, les dépenses publiques en faveur de cet établissement passent de 3.8 millions à 70.7 millions (hausse de 1'760%), alors que le nombre de patients hospitalisés augmente de 129.3% (de 12'744 malades à 29'223). Ces quelques chiffres sont l'exact reflet d'un développement sans précédent.

<sup>11</sup> LEHMANN-JOMINI 1978, annexe XII.

<sup>12</sup> LOUIS-COURVOISIER 2000, p. 39. Cette proportion se monte à 0.65% en 1750; 0.82% en 1798 et 0.94% en 1814.

De nombreux bâtiments sont construits dans les années 1945-1960: maison de Beau-Séjour pour convalescents (1947); bâtiment pour infirmières (1949); nouveau bâtiment des policliniques (1953) comprenant aussi un laboratoire central et le centre de transfusion sanguine (créé en 1946). D'autres sont agrandis, comme la clinique d'ophtalmologie (1949) et la maternité (1950-1952). Le pavillon Beau-Séjour devient Hôpital de Beau-Séjour avec 288 lits pour convalescents et chroniques (1961), pour désengorger les services de médecine.

Les services médicaux nouveaux sont aussi multiples (psychiatrie<sup>13</sup> 1944; anesthésiologie 1954; etc.), si bien qu'en 1960, on compte un total de 22 cliniques, services, centres, instituts, etc. confondus<sup>14</sup>.

Un rapport de l'OMS sur l'ensemble des établissements hospitaliers genevois (1963) estime que le nombre total de lits disponibles est suffisant mais qu'il y a des problèmes d'organisation à résoudre, notamment au niveau des services annexes insuffisamment développés ou ne fonctionnant pas bien (administration, radiologie, laboratoire central). Il s'agit de goulets d'étranglement qui retardent la prise en charge des hospitalisés. Pour la radiologie par exemple, on passe de 21'371 radios en 1950 (soit 1.7 par patient) à 262'602 en 1970 (soit 9.0 par patient).

La rationalisation des services hospitaliers se fait dès la fin des années 1960 par une politique de désengagement relativement à la prise en charge des chroniques et des convalescents. Les premiers crédits de construction sont votés en 1967 par le Grand Conseil et permettent l'ouverture d'un hôpital de gériatrie de 160 lits (1971), ainsi que l'extension et la médicalisation de la maison de Loëx. Quant à la Clinique genevoise d'altitude de Montana, elle est rattachée administrativement à l'Hôpital cantonal (1973). Toutes ces mesures ont pour but de libérer les services purement médicaux des convalescents et des incurables et de se concentrer sur la médecine de pointe (d'où la multiplication des services médicaux). La durée de séjour moyen chute à 15.5 jours en 1975, alors qu'elle était encore de 24.4 jours en 1945.

Avec un développement d'une telle ampleur, on peut se demander quelle est la place laissée aux autres établissements de santé, et en particulier aux hôpitaux philanthropiques privés. Les relations de ces derniers avec l'Hôpital cantonal et la Faculté de médecine restent ce qu'elles

<sup>13</sup> La psychiatrie regroupe notamment les traitements d'hydrothérapie, d'électrothérapie et de kinésithérapie.

<sup>14</sup> Selon l'ordre adopté dans le rapport annuel 1960, on trouve: clinique médicale, service de neurologie, clinique thérapeutique, clinique chirurgicale, second service de chirurgie, clinique d'ORL, clinique dermatologique, maternité, clinique de pédiatrie, clinique ophtalmologique, institut central de radiologie, institut de psychiatrie, centre de transfusion sanguine, centre de cardiologie, laboratoire central, pharmacie, département d'anesthésiologie, laboratoire d'électroencéphalographie, service dentaire, service de diététique, radiumthérapie et institut pathologique.

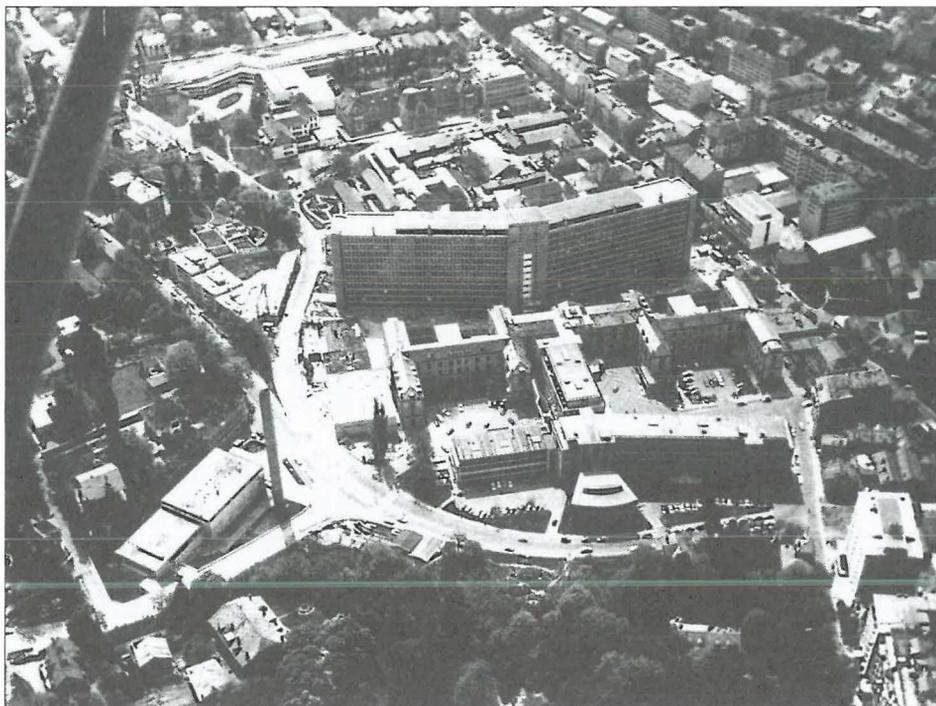


Figure 46: *Archives de l'Hôpital cantonal de Genève.*  
Hôpital cantonal de Genève, vue d'avion, 1966.

étaient, c'est-à-dire conflictuelles. Les établissements privés ne sont pas intégrés à la politique sanitaire cantonale et commencent à souffrir du développement des cliniques universitaires, qui ont de grands moyens financiers. Les rapports entre la Clinique ophtalmologique et l'Hôpital Rothschild illustrent bien ce phénomène. Au départ à la retraite du Dr Porte<sup>15</sup> (1951), la direction de l'Hôpital Rothschild s'approche du Dr Babel<sup>16</sup> pour occuper cette place mais il refuse, arguant qu'«il tient à garder contact avec la Clinique Ophtalmologique»<sup>17</sup>. Peu après, le professeur Franceschetti<sup>18</sup> s'approche de Rothschild dans le but d'y placer quelques assistants, mais on n'accepte pas cette proposition car l'on craint la main-mise de l'Hôpital cantonal (1953). Quelques assistants sont acceptés en 1958 pour remplacer les médecins durant leurs absences à la consul-

<sup>15</sup> Georges Porte (1879-1960): médecin genevois, fils du Dr Louis Porte.

<sup>16</sup> Jean Babel (né en 1910): professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Genève (1966-1980), fondateur de la Société européenne de pathologie oculaire.

<sup>17</sup> AEG, AP, 45/7, Rapport du directeur au président de la fondation, 1951.

<sup>18</sup> Adolphe Franceschetti (1896-1968): professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Genève jusqu'en 1966.

tation, ce qui entraîne des conflits salariaux entre Rothschild et la clinique universitaire. Finalement, Rothschild ne peut rien faire contre le développement de la Clinique, symbolisée par l'inauguration du nouvel auditoire en 1959, et doit réfléchir à sa reconversion dès le début des années 1960. Les problèmes sont identiques dans les hôpitaux de Butini (femmes) et de Gourgas (enfants), qui n'ont plus les moyens de concurrencer la Clinique de pédiatrie, reconstruite en 1961, et la Maternité, agrandie en 1950 et augmentée d'une polyclinique de gynécologie-obstétrique en 1953. Ces hôpitaux philanthropiques s'orientent au cours des années 1970 vers le milieu des cliniques privées, alors en pleine restructuration.

### *A Lausanne, vers le CHUV et l'intégration des établissements de santé*<sup>19</sup>

Dans le canton de Vaud, le développement de l'Hôpital cantonal se caractérise par un double mouvement de concentration géographique des établissements médicaux au Bugnon et d'intégration des hôpitaux privés. La Faculté de médecine elle-même est dans une phase de redéploiement que symbolise l'inauguration de la nouvelle Ecole de médecine (1959). Entre 1957 et 1960, la moitié du corps professoral est renouvelé. Le nombre d'enseignants est en perpétuelle augmentation et passe de 41 en 1950 à 164 en 1980.

#### *Naissance du CHUV*

La phase de croissance débute avec l'agrandissement de la clinique chirurgicale (1949). Au cours des années 1950, l'Etat songe à planifier le développement de l'Hôpital cantonal. La réorganisation de l'administration sanitaire débouche sur la mise en place d'un Service de la Santé publique en 1959 qui prend en charge cette planification. Les années 1960 et 1970 voient la construction d'un nouveau complexe médical: agrandissement de la Clinique médicale (1965), pavillon de neurochirurgie (1966), pavillon des prématurés (1967), Hôpital de Beaumont (1969), annexe au pavillon chirurgical (1970), agrandissement de la Maternité (1974). En l'espace d'une décennie, l'Hôpital cantonal est devenu le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et compte 1'438 lits en 1970 contre 1'070 en 1940. Les succès de la médecine hospitalière en font un centre de soins efficace: comme à Genève, la durée de séjour moyen chute de 25.9 jours

<sup>19</sup> Voir SAUDAN 1991 b, pp. 180-226 et CLAVEL 1993.



Figure 47: *Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, Lausanne.*

Le professeur Pierre Decker (au premier rang, quatrième depuis la gauche) et son équipe médicale, vers 1956. Le nombre de médecins en exercice à l'Hôpital cantonal de Lausanne est en pleine croissance dès l'immédiat après-guerre. Alors que l'on dénombre 10 médecins chefs de service et 36 médecins assistants en 1945, tout comme en 1935, leur nombre se monte en 1955 à 11 chefs de service et 82 assistants. En 1970, l'ensemble du corps médical se monte à 385 personnes.

en 1950 à 17.5 en 1970. Le déficit budgétaire de l'institution, qui est à la charge de l'Etat, est de 4.9 millions de francs en 1950 et de 26.6 millions en 1970. Dans le même temps, on assiste comme à Genève à un véritable éclatement des services médicaux et chirurgicaux.

### *Intégration des hôpitaux privés*

Les bonnes relations qui existent depuis le XIX<sup>e</sup> siècle entre les trois hôpitaux spécialisés privés de Lausanne<sup>20</sup> et l'Hôpital cantonal permettent une intégration de la médecine philanthropique à l'Hôpital cantonal. Généralement, les liens se tissent au niveau des directions hospitalières,

<sup>20</sup> Hôpital ophtalmique, Hôpital de l'Enfance et Hôpital orthopédique.

confiées à des médecins qui exercent à l'occasion une charge professorale à la Faculté de médecine. Mais il arrive qu'une intégration plus structurale apparaisse et qu'un établissement privé joue le rôle d'une clinique universitaire ou d'un service de l'Hôpital cantonal.

Le premier cas de figure est celui de l'Hôpital de l'Enfance, dont la direction médicale est assurée dès les années 1880 par des hommes proches de l'Hôpital cantonal. Au cours des années 1960, des pourparlers s'engagent entre l'Hôpital de l'Enfance et la Clinique infantile, en vue d'améliorer la collaboration entre les deux institutions. Un accord est signé en 1966 mais ne remet rien de fondamental en question<sup>21</sup>. L'Hôpital de l'Enfance continue seul son développement dans les années 1970 et 1980.

La collaboration entre la Faculté et l'Hôpital ophtalmique n'est pas remise en question. Ce dernier joue toujours le rôle de Clinique ophtalmique de l'Hôpital cantonal. Dirigé par un directeur laïc depuis 1946 et reconstruit en 1954, il se modernise peu à peu. La situation est un peu similaire pour la Clinique et permanence de Longeraie<sup>22</sup>, fondée par le docteur Verdan en 1946<sup>23</sup> et spécialisée dans la chirurgie d'urgence ambulatoire ou de courte hospitalisation. En 1964, l'Hôpital cantonal y décentralise la Policlinique chirurgicale, de plus en plus orientée vers la chirurgie plastique et reconstructive, dont Verdan devient professeur responsable dès l'année suivante. C'est dans le cadre de cette clinique qu'il développe un centre de chirurgie de la main de réputation mondiale.

Enfin, l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande est le cas le plus abouti d'intégration à l'Hôpital cantonal. Ici, les difficultés financières que connaît l'établissement au début des années 1950 jouent un rôle déterminant dans son rapprochement avec l'Hôpital cantonal. En effet, l'Hôpital orthopédique a besoin de s'agrandir pour moderniser son infrastructure et répondre à la demande, mais n'en a pas les moyens: il n'a pas de fortune et ne reçoit que peu de dons (12'543 francs au total en 1957, soit une couverture de 2.3% des dépenses pour cette année-là). On dépend donc essentiellement des pensions de malades (90.2% des recettes en 1950), dont la valeur est fixée par la convention négociée entre l'Etat et l'ensemble des hôpitaux vaudois. Le salut de la maison provient d'une profonde restructuration interne, ainsi que du rapprochement avec l'Etat. L'Hôpital orthopédique se réorganise complètement en 1957-1958 et s'engage vers une professionnalisation de sa gestion. La présidence est confiée dès 1957 à Raymond Burnat, directeur des Groupements patronaux

<sup>21</sup> Il prévoit que les deux chirurgiens se remplacent mutuellement.

<sup>22</sup> VERDAN 1996.

<sup>23</sup> Claude Verdan (né en 1909): médecin à la CNA (1939-1944), chef de la Policlinique chirurgicale (1946-1980) et professeur de policlinique chirurgicale à la Faculté de Lausanne (1961-1980).

vaudois, et on engage un administrateur financier (1958). Le conseil d'administration est remanié: cinq membres démissionnent entre 1956 et 1958 et un nouveau cahier des charges est établi. Au niveau des rapports avec l'Etat, on se dirige vers une plus grande intégration. Comme dans les autres hôpitaux privés lausannois, la direction médicale de l'établissement est confiée depuis longtemps à un professeur de la Faculté. L'intégration complète à l'Hôpital cantonal n'est plus taboue et on affirme en 1957:

«Il est indispensable d'examiner l'utilité et la raison d'être de l'Hospice comme œuvre privée. Il serait en effet inutile de faire survivre une institution privée dans des circonstances difficiles si les tâches qu'elle assume peuvent aussi bien être accomplies par un service hospitalier orthopédique dépendant de l'Hôpital cantonal.»<sup>24</sup>

L'Hôpital orthopédique devient clinique universitaire en 1957 et est agrandi en 1959-1963, grâce à un emprunt garanti par l'Etat. En 1978, l'orthopédie (à l'Hôpital orthopédique) et la traumatologie (au CHUV) sont réunis dans une même division, suite à une convention qui renforce les liens entre les deux institutions: le professeur Livio<sup>25</sup> est nommé cette année-là directeur de l'Hôpital orthopédique et professeur d'orthopédie et de traumatologie. L'aide financière du canton de Vaud se fait plus importante: les subsides pour l'enseignement universitaire, l'école de massage et l'enseignement primaire<sup>26</sup> représentent 7.2% des recettes d'exploitation en 1960 et 9.7% en 1970. La situation financière de l'établissement s'améliore nettement. Alors que les actifs sont couverts par 100% de dettes en 1950, cette proportion descend à 93.6% en 1960 et 75.6% en 1970.

On se dirige donc dans le canton de Vaud vers l'intégration des diverses institutions de santé autour du CHUV. Plutôt que de développer l'hôpital universitaire dans tous les domaines comme à Genève, les autorités vaudoises utilisent l'infrastructure existante comme sous-traitant de la politique sanitaire cantonale. Il est vrai que dans ce cas le réseau social existant entre les milieux philanthropiques, médicaux et politiques depuis le XIX<sup>e</sup> siècle est favorable à l'émergence de cette politique, qui débouchera au cours des années 1990, sur la création du Service des Hospices cantonaux.

<sup>24</sup> Hôpital orthopédique de la Suisse romande, Procès-verbal du Comité, 11 avril 1957.

<sup>25</sup> Jean-Jacques Livio (né en 1931): assistant et chef de clinique au CHUV (1958-1967) puis à l'Hôpital cantonal de Genève (1967-1970), adjoint au service de chirurgie du CHUV (1970-1978), professeur à la Faculté de Lausanne dès 1978.

<sup>26</sup> Il y a une école primaire dans les murs de l'Hôpital orthopédique pour les enfants hospitalisés pendant une longue durée.

*Fribourg: enfin un Hôpital cantonal*

L'hôpital ouvert en 1920 ne donnait plus satisfaction depuis plusieurs années. Devenu très vétuste, il n'a connu aucune amélioration notable depuis les années 1920 et ne peut faire face à la demande croissante d'hospitalisations: leur nombre se monte à 2'724 en 1950 alors qu'il était déjà de 2'453 en 1930 et de 2'359 en 1940, soit une quasi stagnation (+ 11% pour la période 1930-1950<sup>27</sup>). De plus, on compte un taux d'occupation moyen de 90.6% en 1941-1952 et le nombre de lits a atteint son maximum inextensible de 200 en 1941. Il n'y a alors plus ni salle d'attente, ni salle de préparation pour le personnel soignant, la seule place libre étant le couloir. En outre<sup>28</sup>, on note le désintérêt des médecins et de la clientèle aisée pour cet établissement, la concurrence de l'Hôpital des Bourgeois (qui est devenu une institution véritablement médicalisée après l'incendie de 1937) et des difficultés financières (le déficit 1950 se monte à près de 45'000 francs, soit 4.8% des recettes). Dans ce contexte, une réorganisation générale s'impose. Elle viendra des autorités cantonales avec l'arrivée de Paul Torche<sup>29</sup> au Conseil d'Etat en 1946.

Au début des années 1950, le Conseil d'Etat fribourgeois décide de se doter d'un Hôpital cantonal digne de ce nom et nomme un groupe de travail au sein de la commission administrative en 1952. Il s'agit bien d'un projet politique et d'une volonté de rayonnement des autorités cantonales qui affirment à leurs détracteurs en 1954 qu'«un canton comme le nôtre, pour des raisons de prestige, et non seulement à cause de son université, ne peut purement et simplement renoncer à l'Hôpital cantonal existant»<sup>30</sup>. *L'indépendant*, journal libéral-radical, soutient dès 1953 le principe de ce projet, considéré comme un devoir moral de l'Etat social.

La réalisation de cet hôpital ne se fait alors pas sans peine et il faut compter avec près de 20 ans de palabres avant de voir s'ouvrir l'établissement de Bertigny. Les difficultés sont en effet multiples et de nature fort diverse.

Il s'agit dans un premier temps d'obtenir l'appui du Grand Conseil, qui décide de l'attribution des crédits. L'enjeu est ici de taille car plusieurs hôpitaux régionaux sont eux-mêmes dans une phase de développement, dans la continuité de la loi hospitalière de 1955, et demandent qu'on leur confie l'argent public pour de nouvelles constructions et infrastructures, plutôt que de créer un nouvel hôpital cantonal. On craint notamment que

<sup>27</sup> Alors que la progression des hospitalisations atteint 59% à Genève et 55% à Lausanne.

<sup>28</sup> AEF, DSPa 973, 24 juillet 1952.

<sup>29</sup> Paul Torche (1912-1990): conseiller d'Etat, promoteur du développement économique fribourgeois.

<sup>30</sup> AEF, DSPa 208, 5 janvier 1954.



Figure 48: *Archives Médiacentre, Bibliothèque cantonale et universitaire, Fribourg.*

L'incendie de l'Hôpital des Bourgeois (1937) est l'occasion d'une profonde réorganisation de l'établissement. Cette médicalisation tardive joue alors en défaveur d'une centralisation de la médecine hospitalière dans le cadre de l'Hôpital cantonal.

cet établissement ne soit utile qu'aux seuls habitants des districts de la Sarine et de la Singine qui, eux, ne possèdent pas d'hôpital régional. Les ressortissants de ces deux districts et de la ville de Fribourg représentent en effet 69.5% des malades en 1952 et 70.8% en 1953. Quelques membres des commissions administratives des hôpitaux d'Estavayer et de Riaz prennent contact en 1954 dans le but de mettre sur pied une association des hôpitaux régionaux qui défendrait leur point de vue. Les députés de la Gruyère et de la Broye refusent ainsi tout crédit d'étude en 1956<sup>31</sup>.

On doit aussi tenir compte de l'Hôpital des Bourgeois, qui s'est doté d'une infrastructure médicale moderne après 1937. En 1944, la municipalité de Fribourg avait refusé le principe d'une collaboration avec l'hôpital de l'Etat et un partage des services entre les deux établissements. Le Conseil d'Etat reparle en 1958 de la nécessité d'une collaboration accrue avec l'Hôpital des Bourgeois, notamment au niveau de la centralisation d'une maternité dans l'un des deux bâtiments, sans toutefois préciser lequel: «La meilleure solution serait la construction d'un nouvel hôpital

<sup>31</sup> AEF, DSPa 209, Lettre du Dr Bernard Spycher à la Direction de la Santé publique, 19 février 1956.

de 500 lits, construction qui amènerait la suppression des deux hôpitaux actuels.»<sup>32</sup> Mais «la suppression de l'Hôpital des Bourgeois provoquerait un choc psychologique considérable»<sup>33</sup>. Les médecins apportent leur soutien au gouvernement sur ce point et demandent la fusion des deux hôpitaux afin de ne pas surdévelopper l'infrastructure médicale en ville de Fribourg (1961). Une convention entre la ville et l'Etat de Fribourg est finalement signée en 1974, deux ans après la mise en service du nouvel Hôpital cantonal<sup>34</sup>. Elle met fin à l'existence de l'Hôpital des Bourgeois.

Mais surtout, il faut compter avec l'opposition latente d'une grande partie du corps médical fribourgeois, qui craint une remise en question de ses privilèges. Plusieurs médecins préfèrent soigner leur clientèle à domicile ou dans leur cabinet privé pour la petite chirurgie et ne veulent pas de cette nouvelle concurrence. Les médecins qui pratiquent dans les hôpitaux régionaux sont les plus virulents. Ils militent en faveur de l'équipement des hôpitaux régionaux et publient en février 1955 un pamphlet anonyme contre le projet gouvernemental. Enfin, certains pensent que les autorités cantonales vont profiter de cette occasion pour remettre au goût du jour l'idée d'une Faculté de médecine et de cliniques universitaires. La dynamique médicale qu'entraînerait ce projet et notamment l'arrivée de professeurs extérieurs au canton viendrait assurément bouleverser le système médical fribourgeois de fond en comble et remettre en question la place dominante qu'y occupe le corps médical établi. Afin de prendre position sur le projet du Conseil d'Etat, la Société de médecine nomme sa propre commission en décembre 1958. Elle invite le conseiller d'Etat Adolphe Roggo, directeur de la Santé publique, à une séance pour lui faire dire «qu'il n'est pas question de construire des cliniques universitaires et d'aménager une faculté de médecine»<sup>35</sup>, citation qui sera reprise très souvent par la Société médicale dans ses délibérations et sa correspondance avec l'Etat. Le Dr Decker de l'Hôpital cantonal vaudois ne se trompe donc pas lorsqu'il écrit en 1953 au conseiller d'Etat Paul Torche pour lui assurer son soutien en faveur d'un nouvel hôpital cantonal en ville de Fribourg, qui centraliserait l'infrastructure de pointe, et lui faire part de ses doutes quant à sa réalisation :

«Ce qui me paraît vraisemblable, c'est que l'esprit qui règne déjà dans le canton de Vaud de dispersion des moyens, de décentralisation extrêmement

<sup>32</sup> AEF, DSPa 974, 18 octobre 1958.

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Cette convention affirme notamment que la ville de Fribourg n'aura jamais à contribuer aux déficits de l'Hôpital cantonal.

<sup>35</sup> AEF, DSPa 214, 12 juin 1959.

poussée, se développera aussi dans le canton de Fribourg dans un avenir plus ou moins lointain.»<sup>36</sup>

Afin de mener à bien la réalisation de ce projet, le Conseil d'Etat doit clarifier ses vues et proposer un Hôpital cantonal qui soit complémentaire des établissements régionaux et utile à l'ensemble du corps médical. Comme dans les autres cantons, cette institution doit devenir un centre de chirurgie de pointe et se spécialiser dans quelques domaines bien précis (on songe à l'orthopédie). On affirme aussi en 1954 vouloir mettre à disposition des médecins une infrastructure moderne de diagnostic médical (radiologie et laboratoire)<sup>37</sup>. Dans le même temps, les autorités développent une forte activité de documentation (visite des nouveaux hôpitaux d'Aoste et d'Evian et étude des systèmes de santé scandinaves en 1953<sup>38</sup>) et de lobbying (visites au Rotary Club en 1954 et à la Société de médecine en 1958). A terme, cette politique porte ses fruits. Le Grand Conseil accorde des crédits nécessaires aux études de faisabilité en 1954 et en 1957. Les discussions et les négociations durent jusqu'au milieu des années 1960. Le nouvel Hôpital cantonal de Bertigny ouvre ses portes en 1972.

### *A Neuchâtel, échec philanthropique et intervention de la commune*

En ville de Neuchâtel, les Trente Glorieuses se caractérisent par l'échec de l'hôpital philanthropique de Pourtalès et sa reprise par les autorités municipales. En effet, durant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, l'Hôpital Pourtalès, fondation privée, était le fleuron médical du canton, allant jusqu'à se considérer comme hôpital cantonal en 1881<sup>39</sup>. Or, l'Hôpital de la ville de Neuchâtel, appartenant aux autorités municipales, devient une institution médicale à la pointe du progrès avec la construction du nouvel établissement des Cadolles (1914) qui concurrence bientôt Pourtalès. Les relations sont parfois conflictuelles entre les deux établissements. Ainsi, malgré cinq ans de négociations entre la Fondation Pourtalès et la Ville à propos de la réorganisation des services de pédiatrie (1945-1950), aucun accord n'est trouvé. La ville ouvre son propre pavillon pour enfants dans le cadre du complexe des Cadolles (1950) et Pourtalès en fait de même trois ans

<sup>36</sup> AEF, DSPa 229, lettre de Pierre Decker à Paul Torche, 31 janvier 1953.

<sup>37</sup> Selon le conseiller d'Etat Porche. AEF, DSPa 209, 3 mars 1954.

<sup>38</sup> A cette époque, les organisations hospitalières de Norvège et de Suède ont la réputation d'être parmi les meilleures de la planète. AEF, DSPa 229.

<sup>39</sup> Selon la réponse à une enquête cantonale sur les établissements de soins faite cette année-là. AEN, DI, 169.

plus tard. Il est vrai que ce dernier ne pouvait pas se permettre l'abandon de la pédiatrie qui aurait entraîné la chute de la maternité. Celle-ci occupe une place de premier plan à Pourtalès: ses patients représentent 52.3% du total des malades admis en 1950 et 54.1% en 1960. Pourtant, les difficultés financières prennent rapidement le pas sur la mauvaise entente.

Dans les années 1940, l'Hôpital Pourtalès connaît un déficit chronique qui révèle la chute de l'autofinancement (il n'est plus que de 14.6% des recettes en 1950 et 4.6% en 1960<sup>40</sup>) et la dépendance accrue envers des acteurs extérieurs. Dans ces conditions, il devient de plus en plus difficile de maîtriser son propre développement. Le directeur Alexandre de Chambrier<sup>41</sup> ose même en 1947 poser la question existentielle de savoir s'il faut « persévérer comme fondation privée ou [se] laisser étatiser »<sup>42</sup>. Les contacts pris avec les industriels de la région en 1948 n'y changent rien et Jean-Pierre de Montmollin<sup>43</sup>, autre membre de la direction, affirme en 1950 que « la tâche de l'Hôpital est trop importante par rapport à ses capitaux »<sup>44</sup>. Une commission chargée d'étudier la problématique du financement de Pourtalès et d'une éventuelle fusion avec les Cadolles est nommée en 1953. La loi d'aide de l'Etat aux hôpitaux (1955) va temporairement suspendre le problème financier, sans pour autant le résoudre. L'Hôpital Pourtalès est en quasi état de faillite en automne 1971 (déficit de 1.2 million au 31 octobre). Il est repris dans l'urgence par la ville de Neuchâtel. Le Conseil général accepte en décembre de la même année deux arrêtés relatifs à la prise en charge de la comptabilité de Pourtalès et prend ainsi à son compte les déficits pour les années 1972 (1.3 million de francs) et 1973 (1.6 million de francs). En reprenant cet établissement, les autorités communales adoptent une position claire (1971): « Ce n'est pas dans les dépenses alimentaires que nous pourrions réaliser des économies mais bien en rationalisant les services médicaux et leur structure administrative. »<sup>45</sup> Ce sera l'occasion de complètement repenser l'avenir de la médecine hospitalière à Neuchâtel. Les médecins des Cadolles demandent dès 1972 « la confection d'un instrument hospitalier mieux à même de répondre aux tâches multiples et diversifiées de la médecine moderne, et de doter ainsi notre région de l'hôpital qu'elle est bientôt seule à ne pas

<sup>40</sup> Alors que la part de l'autofinancement se montait à 33.2% en 1920; à 28.5% en 1930 et à 24.9% en 1940.

<sup>41</sup> Alexandre de Chambrier (1898-?): ingénieur agronome, directeur de la station d'essais viticoles d'Auvornier, conseiller général et communal à Bevaix.

<sup>42</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 14 octobre 1947.

<sup>43</sup> Jean-Pierre de Montmollin (1892-1975): directeur de banque et administrateur de nombreuses sociétés (Nestlé, Paillard, Zénith, etc.).

<sup>44</sup> Fondation Pourtalès, Procès-verbaux de la Direction, 4 juillet 1950.

<sup>45</sup> AVN, Rapport d'information du Conseil communal au Conseil général concernant un regroupement d'hôpitaux en ville de Neuchâtel, 15 octobre 1971.

posséder en Suisse romande»<sup>46</sup>. C'est dans le cadre de la planification hospitalière des années 1980 et 1990 que se réalisera ce projet.

### *Les cliniques privées confrontées à la croissance hospitalière*

Les cliniques privées connaissent aussi un développement généralisé de leurs services et de leur infrastructure. La croissance des années 1950 et 1960 permet d'envisager la médecine hospitalière privée comme un investissement rentable. On assiste notamment à l'apparition en Suisse romande du groupe américain American Medical International (AMI). Troisième plus importante multinationale sanitaire des Etats-Unis<sup>47</sup>, AMI acquiert plusieurs cliniques suisses dans les années 1970, parmi lesquelles Cecil à Lausanne.

L'augmentation du nombre de médecins et la nécessité d'amortir leurs nouveaux équipements poussent certaines cliniques particulières à ouvrir leurs portes au corps médical agréé. C'est le cas de la Clinique Montchoisi à Lausanne, qui s'agrandit en 1964 et étend son activité aux principales branches chirurgicales alors qu'elle était jusque-là spécialisée dans la gynécologie et l'obstétrique. Mais c'est surtout la croissance de La Source qui est la plus représentative de cette dynamique à Lausanne<sup>48</sup>. Avec la nomination du Dr Jean-David Buffat au poste de président du conseil d'administration<sup>49</sup> (1955), La Source entre dans une ère de modernisation. Une nouvelle clinique de 120 lits est construite en 1958-1960. L'ouverture d'une nouvelle école et d'un nouveau dispensaire sont décidées en 1968 et 1971. On assiste aussi à la création d'un service d'anesthésiologie (1961) et au grand développement de la chirurgie de pointe, avec notamment l'inauguration en 1961 d'un centre de recherche en chirurgie cardiaque à cœur ouvert.

En ville de Genève<sup>50</sup>, la croissance du système hospitalier bouleverse la vie des cliniques et des hôpitaux privés. La politique volontariste de développement de l'Hôpital cantonal joue en défaveur des hôpitaux philanthropiques privés qui n'ont pas les moyens de l'Etat pour assurer leur

<sup>46</sup> Hôpitaux de la ville de Neuchâtel, Rapport annuel 1972, p. 7.

<sup>47</sup> AMI a pour l'année 1986 un chiffre d'affaires de 2.6 milliards de dollars et gère quelque 120 hôpitaux aux Etats-Unis et en Europe. Voir AUSTRUJ 1988.

<sup>48</sup> CLINIQUE 1991.

<sup>49</sup> Jean-David Buffat (1911-2001): chirurgien adjoint de l'Hôpital cantonal et privat-docent de la Faculté de Lausanne.

<sup>50</sup> Pour les hôpitaux philanthropiques privés, informations tirées du Fonds de la Société médicale, conservé au Musée d'Histoire des sciences.

**La clinique comme lieu du pouvoir médical:  
l'exemple de la question des honoraires des anesthésiologistes  
de la Clinique Cecil (1973)**

« A plusieurs reprises, j'ai été informé de conversations que vous avez eues avec l'un ou l'autre de mes confrères [anesthésiologistes], conversations au cours desquelles vous semblez vous obstiner à proposer à votre interlocuteur une rémunération globale à forfait. J'attire votre attention sur le fait que ce mode de faire, dans le cadre d'une clinique privée, est incompatible avec les principes de l'éthique médicale qui ont encore cours dans ce pays et dans ce canton. Je n'ai pas à m'étendre sur la justification de ces principes: ils sont là, et j'estime mon devoir de les défendre.

Au cas où vous estimeriez pouvoir passer outre et imposer vos vues actuelles, je vous signale que vous allez vous heurter à des difficultés, voire à un barrage, à plusieurs niveaux: le Service de la santé publique (dans le cas d'un médecin étranger), la Société vaudoise de médecine, la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation et même la Société suisse de chirurgie.»

*Archives de la Clinique Cecil, lettre du Dr Charles Bovay (doyen des anesthésiologistes lausannois) au Dr Balfour-Lynn (responsable médical de la Clinique Cecil), 12 mars 1973*

propre croissance. Les difficultés de l'Hôpital pour femmes Butini datent de la fin des années 1910 mais deviennent insolubles après 1945. On observe un vieillissement très marqué de la population hospitalisée: 72.0% des patientes ont plus de 60 ans en 1949 et 78.8% en 1959. Cet établissement ferme ses portes en 1969. Les problèmes sont identiques à l'Hôpital Gourgass (pédiatrie), endetté depuis 1945, où l'on cherche un partenariat dans le secteur privé. Cet établissement ferme en 1976. Enfin, l'Hôpital ophtalmique Rothschild se réorganise complètement dans les années 1947-1949 et décide de faire payer les non indigents qui étaient admis gratuitement jusque-là (1949). Mais cela entraîne de nombreux dysfonctionnements dans le service des consultations gratuites<sup>51</sup> et ne règle que temporairement la question financière<sup>52</sup>. En 1960, il faut compter avec la concurrence de nouveaux oculistes fraîchement installés en France voisine<sup>53</sup> et le refus des assurances sociales françaises de rembourser les

<sup>51</sup> En 1950, on remarque notamment des retards fréquents des médecins et quelquefois le refus de s'occuper d'indigents sans médecin.

<sup>52</sup> Les comptes sont globalement bénéficiaires jusqu'en 1962.

<sup>53</sup> Alors qu'au début des années 1950 les Français doivent se rendre jusqu'à Lyon pour trouver des ophtalmologues reconnus, de nombreux élèves du célèbre professeur Peaufique de Lyon (l'un des plus réputés de France) s'installent en France voisine.

traitements de leurs ressortissants suivis à l'étranger. Les Français sont depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle la clientèle privilégiée de Rothschild (57.2% des patients en 1945) et l'hôpital va d'autant plus souffrir de leur disparition qu'il est relativement peu populaire dans la population autochtone laquelle préfère se faire soigner chez des privés ou à la Clinique ophtalmique de l'Hôpital cantonal. Dès 1961, la direction de Rothschild réfléchit à son avenir et envisage les solutions les plus diverses. Les années 1962-1970 sont une période de forts déficits (de l'ordre de 50'000 francs par an) propices à la réflexion. Le baron de Rothschild lance l'idée de créer à Genève un Centre européen d'ophtalmologie (1962). On admet en fin de compte les assurés des caisses-maladie malgré l'opposition de l'Association des médecins, qui défend les oculistes indépendants (1962), mais cette solution n'est que passagère. Après que l'ouverture de la salle d'opérations aux praticiens extérieurs eut été annulée en raison de l'opposition du Dr Blum<sup>54</sup> (1963-1966), on songe ouvrir la maison à l'ORL (1966) et finalement vendre le tout pour fonder un prix Rothschild pour la recherche en ophtalmologie (1969). Les hospitalisations sont définitivement arrêtées en 1970: il n'y a alors plus qu'un service de consultations à Rothschild.

Quant aux cliniques privées, elles doivent faire face au développement de la médecine hospitalière et à la généralisation des assurances sociales. A la fin des années 1960 et au début des années 1970, les plus petites d'entre elles ont de plus en plus de mal à subsister (clientèle restreinte et nécessité d'entretenir une excellente infrastructure). On observe plusieurs fermetures (Cailler, La Printanière, Belle-Rive). La question de la modernisation de l'équipement est essentielle pour des établissements qui se veulent à la pointe du progrès mais pas toujours évidente à réaliser. Ce n'est pas la question des ressources financières qui est en jeu ici, car la période 1945-1975 est largement bénéficiaire, mais plutôt celle de l'utilisation des bénéfices. Pour certains médecins, la clinique est un outil de travail qu'il est important d'amortir et de moderniser, alors que les propriétaires de ces établissements (actionnaires le plus souvent) la considèrent comme un investissement qui doit rapporter. Des divergences de ce type expliquent le différent qui oppose en 1967 le conseil d'administration de la Clinique générale de Genève au Dr François Reverdin<sup>55</sup>. Ce dernier écrit au président Séchehaye<sup>56</sup> que «ce n'est pas parce que la Clinique générale marche

<sup>54</sup> John Blum (né en 1914): médecin praticien à l'Hôpital Rothschild (1952-1978), dont il est médecin-chef entre 1961 et 1966.

<sup>55</sup> François Reverdin (né en 1919): médecin genevois, fils et petit-fils de chirurgien.

<sup>56</sup> Léon Séchehaye (?-1982): médecin spécialisé en urologie, directeur et médecin-répondant de la Clinique générale SA.

très bien, fait du bénéfice et rapporte de l'argent à ses actionnaires, qu'il ne faut rien faire»<sup>57</sup>.

Ce contexte bouillonnant de difficultés des hôpitaux philanthropiques privés et de nécessité de développement des cliniques privées va être l'occasion d'une remise en question globale de la médecine hospitalière privée à Genève. Deux projets concurrents de création d'un grand hôpital privé de 250 lits s'affrontent en 1968. Le premier prévoit de s'installer sur la rive droite (l'Etat n'a pas les moyens d'y décentraliser certains services de l'Hôpital cantonal). Il est mené par le professeur André Calame<sup>58</sup>, la Caisse hypothécaire de Genève et la banque Hentsch et Cie. Le projet concurrent est celui d'un architecte et de quelques médecins, qui aimeraient s'installer à Onex. Les trois hôpitaux privés (Butini, Gourgas et Rothschild) cherchent à s'allier à l'un des projets mais demandent que «l'hôpital prévu soit ouvert à tous les médecins et ne soit pas réservé à une petite chapelle de quelques docteurs»<sup>59</sup>. Quant aux Syndicats patronaux, ils veulent bien financer un projet à condition qu'on arrive à une entente entre les deux groupes qui s'avère en fin de compte irréalisable. Gourgas rejoint le second projet qui débouche sur l'ouverture de l'Hôpital de la Tour à Meyrin (1976). Alors que la Fondation Butini fonde une maison de retraite à Onex (1970), l'Hôpital Rothschild ferme son service de consultations en 1978 et finance dès lors l'acquisition de matériel ophtalmique de haute technologie à la Clinique générale.

On observe le même dynamisme dans les régions plus périphériques. La Clinique Garcia de Fribourg, spécialisée dans la laryngologie et la convalescence, connaît des difficultés financières à la fin des années 1940 du fait d'un faible taux d'occupation de ses lits (33.8% en 1947)<sup>60</sup>. Elle devient clinique générale et s'ouvre à tous les médecins en 1956. La Clinique de la Tour, spécialisée dans l'ORL, est fondée à La Chaux-de-Fonds en 1955. Dans le Valais, les cliniques privées connaissent un grand développement. A Sierre, le Foyer de la Providence (maternité, pouponnière, école de nurses) change de raison sociale et se médicalise en 1960: il devient la Clinique Sainte-Claire. Un nouveau bâtiment est ouvert en 1962 (100 lits), puis agrandi en 1964. Un service de policlinique y est adjoint en 1970. La Clinique Saint-Amé de Saint-Maurice est agrandie à

<sup>57</sup> Clinique générale Beaulieu SA, lettre du Dr François Reverdin au Dr Séchehayé, 8 mai 1967. Reverdin est alors en faveur d'un rapprochement avec la Clinique Beaulieu dont il est actionnaire. Il est évincé du conseil d'administration de la Clinique générale en 1967 (on lui reproche d'opérer dans d'autres établissements et de n'avoir pas fait assez pour renouveler le parc urologique de l'établissement).

<sup>58</sup> André Calame (1913-?): professeur extraordinaire de chirurgie propédeutique à l'Université de Genève.

<sup>59</sup> AEG, AP, 45/7, Procès-verbal du Comité de l'Hôpital Rothschild, 2 septembre 1968.

<sup>60</sup> AEF, DSPa 1016.

plusieurs reprises jusque dans les années 1980. En 1954 naît la Clinique générale de Sion. Ces trois établissements valaisans sont reconnus d'utilité publique en 1964 et profitent dès lors de l'argent public pour leur développement.

### *Les hôpitaux régionaux associés à cette dynamique*

Les hôpitaux régionaux sont aussi porteurs du développement de la médecine hospitalière. Sur l'ensemble du territoire romand, on assiste à l'émergence d'une nouvelle génération d'établissements hospitaliers. Ces nouveaux bâtiments permettent la réalisation d'une infrastructure médico-technique de pointe et un accroissement considérable de leur capacité d'accueil. Dans le canton de Vaud, quelques grands bâtiments hospitaliers sont ouverts durant la décennie 1965-1975: 210 lits à Yverdon (1965); 155 lits à Vevey-Samaritain (1967); 220 lits à Morges (1973); 135 lits à Payerne (1973); 184 lits à Montreux (1973); etc. On observe le même phénomène ailleurs en Suisse romande. L'ensemble du réseau régional présente des caractéristiques de forte croissance que révèle la hausse du nombre d'hospitalisations.

### *Malades hospitalisés dans quelques établissements hospitaliers romands (1950-1975)<sup>61</sup>.*

Hôpital	Malades 1950	Journées 1950	Malades 1975	Journées 1975	Croissance malades 1950-1975 (en %)	Croissance journées 1950-1975 (en %)
Moutier <sup>62</sup>	1585	25287	2690	33136	+ 69.7	+ 31.0
Porrentruy	1697	42790	4131	60214	+ 143.4	+ 40.7
La Chaux-de-Fonds	2200	58197	5930	90730	+ 169.5	+ 55.9
Neuchâtel-Prov. <sup>63</sup>	923	-	2223	31785	+ 140.8	-
Brigue	2120	29250	3809	46797	+ 79.7	+ 60.0
Martigny	1756	31493	5500	62791	+ 213.2	+ 99.4
Monthey	762	17155	4129	43163	+ 441.9	+ 151.6
Sierre <sup>64</sup>	1184	17982	4093	53849	+ 246.7	+ 199.5

<sup>61</sup> Source: rapports annuels des établissements.

<sup>62</sup> Pour Moutier, chiffres de 1974 à la place de 1975.

<sup>63</sup> Pour Neuchâtel-Providence, chiffres de 1970 à la place de 1975.

<sup>64</sup> Pour Sierre, chiffres de 1970 à la place de 1975.

*Malades hospitalisés (suite).*

Hôpital	Malades 1950	Journées 1950	Malades 1975	Journées 1975	Croissance malades 1950-1975 (en %)	Croissance journées 1950-1975 (en %)
Viège <sup>65</sup>	1254	23135	3315	44307	+ 164.4	+ 91.5
Aigle	1102	18040	2296	28452	+ 108.34	+ 57.7
Aubonne	433	12303	891	14630	+ 105.8	+ 18.9
Château-d'Œx	549	14601	622	14056	+ 13.3	-3.7
Montreux	1149	24067	3421	43554	+ 197.7	+ 176.4
Morges	1214	21710	4710	55586	+ 288.0	+ 156.0
Orbe	1241	18901	2242	26764	+ 80.7	+ 41.6
Payerne	1415	19854	2588	33494	+ 82.9	+ 68.7
Sainte-Croix	802	14104	901	17865	+ 12.3	+ 26.7
Vevey-Providence	1498	19150	2017	22823	+ 34.6	+ 19.2
Vevey-Samaritain	1355	23168	3788	31995	+ 179.6	+ 38.1
Yverdon	2186	42251	4152	58335	+ 89.9	+ 38.1

Si l'on observe une croissance générale des hospitalisations en Suisse romande, celle-ci est inégalement répartie sur le territoire. Elle profite en effet d'abord aux centres urbains, dont les hôpitaux sont ceux qui se développent le plus et attirent une population de plus en plus large, reflétant en cela l'urbanisation de la Suisse durant cette période. En effet, les hôpitaux qui montrent les croissances les plus fortes se trouvent essentiellement sur la côte lémanique, lieu central du développement démographique et économique romand, et dans le Valais, qui rattrape ainsi son retard. Les régions décentralisées ont de très faibles taux de croissance. On observe même une diminution des journées d'hospitalisation à Château-d'Œx. Les différences entre zones urbaines et zones périphériques s'accroissent donc, alors qu'on avait encore une certaine homogénéité dans l'Entre-deux-guerres. Pour le canton de Vaud, cela s'observe par une plus grande disparité entre les onze hôpitaux cités ici : l'écart-type à la moyenne d'hospitalisations passe de 481.6 en 1950 à 1'383.5 en 1975. Dans le contexte économique des Trente Glorieuses, ces disparités ne posent pourtant pas de problème, car les différents acteurs financiers acceptent le développement généralisé du système.

<sup>65</sup> Pour Viège, chiffre de 1970 à la place de 1975.

*Multipliation des services médicaux*

Ainsi, même dans les établissements les plus petits et les plus décentralisés, on a accès à une médecine hospitalière de très haute qualité. Comme dans les hôpitaux cantonaux universitaires, bien qu'à une échelle plus réduite, on observe un éclatement des services médicaux. Alors que vers 1950, on a toujours une organisation bicéphale (service médical et service chirurgical) née durant les années 1920 et 1930, on assiste à l'ouverture de nombreux nouveaux services. On trouve d'abord le cas du développement de disciplines déjà anciennes, mais jusqu'alors intégrées à la médecine ou à la chirurgie, et qui s'autonomisent par rapport à cette discipline-mère. C'est notamment le cas de la gynécologie-obstétrique, de l'ORL, de l'ophtalmologie et de la radiologie. Leur développement doit autant aux succès thérapeutiques qu'à leur reconnaissance par la FMH en tant que nouvelles spécialités et à la profusion de médecins spécialistes. En effet, avant 1945, on a souvent affaire pour ces spécialités à des médecins consultants externes, qui exercent dans les centres médicaux tels que Lausanne, et se rendent occasionnellement dans les petits hôpitaux. La création de services de maternité illustre bien ce phénomène d'autonomisation de branches médicales déjà anciennes. Dans la continuité des premières maternités ouvertes au cours des années 1930, on assiste à leur généralisation dans toute la Suisse romande (Riaz 1947; La Chaux-de-Fonds 1957; Monthey 1955; Morges 1960; Martigny 1963; Brigue 1969). Quelquefois, leur autonomisation se fait dans le cadre de nouveaux bâtiments (Sierre 1946; Landeyeux 1948; Porrentruy 1949; Béroche 1949; Fribourg-Daler 1954; Vevey-Samaritain 1956; Montreux 1961; Aigle 1962). Enfin, le cas de Porrentruy est un bon exemple du rôle influent que jouent les premiers spécialistes FMH dans la création de ces nouveaux services. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il existe dans cette ville une salle d'accouchements à destination des sages-femmes qui exercent de manière indépendante. Au cours de l'Entre-deux-guerres, elles demandent, avec l'appui du chirurgien, une transformation de cette salle selon les normes hygiéniques du moment<sup>66</sup>. Il faut pourtant attendre l'arrivée du Dr David Stucki<sup>67</sup>, premier gynécologue-obstétricien FMH à s'installer à Porrentruy (1948), pour voir les choses s'accélérer et s'ouvrir un service de maternité, sous sa direction, en 1949. Les commissions administratives sont tout à fait conscientes du rôle de ces jeunes spécialistes. Lors des débats sur la modernisation de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, en 1955, un administrateur affirme que

<sup>66</sup> La salle d'accouchements se trouve dans un bâtiment qui sert aussi de pavillon d'isolement pour contagieux.

<sup>67</sup> David Stucki (né en 1916): médecin, promoteur du nouvel Hôpital de Porrentruy (1956) et député radical.



Figure 49: *Archives de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds.*

Hôpital de La Chaux-de-Fonds, chirurgie endoscopique des sinus en salle d'opérations ORL par le professeur Georges Terrier, 1986. Le service d'ORL de cet établissement est créé en 1957 et confié au Dr Terrier qui occupe ce poste jusqu'en 1986. A la même époque, on met aussi en place des services de maternité (1957) et de pédiatrie (1958).

«les jeunes médecins-chefs des services spécialisés auront d'emblée les dents longues»<sup>68</sup>. L'arrivée de jeunes médecins n'est toutefois pas toujours un gage de modernisme et de développement pour les hôpitaux, car il leur arrive de se heurter aux médecins en place, qui se sont parfois dressés sur un piédestal et qui acceptent mal cette concurrence juvénile. C'est ce qu'on observe à l'Hôpital de Sierre, où une jeune gynécologue innovatrice<sup>69</sup> est pendant plusieurs années en conflit avec le conseil d'administration et les médecins installés.

L'augmentation du nombre des services médicaux n'est pas seulement due à l'autonomisation de certaines branches, mais aussi à la naissance de certaines d'entre elles, conséquence de la recherche médicale et de ses applications thérapeutiques. Ainsi, à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, on observe dans les années 1960 et 1970 l'ouverture de services de traitement

<sup>68</sup> Hôpital de La Chaux-de-Fonds, Procès-verbal de la Commission administrative, 13 juin 1955.

<sup>69</sup> Dr Irmi Rey-Stocker: épouse du médecin sierrois Charles Rey et première femme médecin engagée à l'Hôpital de Sierre (1964).

pour enfants IMC (1961), d'anesthésiologie (1965), de rhumatologie (1968) et de chirurgie orthopédique et traumatologique (1975). On assiste aussi à l'émergence et au développement des services de laboratoire (1966) et de pharmacie (1967).

### *Réorganisation médicale*

La croissance des équipements hospitaliers, l'augmentation du nombre de médecins et la balkanisation des services nécessitent une profonde réorganisation médicale des hôpitaux. D'une part, il s'agit d'assurer le bon fonctionnement interne de ces établissements et la coordination entre les différents services qui se multiplient (notamment entre services thérapeutiques et services diagnostics). On ne peut pas laisser les médecins chefs de service complètement indépendants dans leur travail. Il faut clairement délimiter les diverses attributions. D'autre part, les administrations hospitalières doivent repenser leurs rapports avec la corporation médicale. Face à la croissance du nombre de médecins se pose la question de leur accès à l'hôpital. Pour ceux-ci en effet, l'hôpital est devenu, avec la révolution thérapeutique, un important outil de travail auquel il est capital d'avoir accès. Les directions hospitalières ne voient pas toujours les choses de la même manière. Certaines d'entre elles préfèrent limiter l'accès à leur établissement et la maîtrise totale de son fonctionnement. Dans ce cas, les conflits avec le corps médical sont très violents.

La réorganisation des services médicaux met en lumière une crise de croissance du système hospitalier. Les diverses solutions adoptées révèlent toutes des aspects particuliers du problème. Quelques exemples suffisent à l'illustrer.

Le cas séduinois montre bien la nécessité de restreindre l'accès à l'hôpital à un corps médical en pleine expansion. Lors de la création de l'hôpital régional (1935), on décide d'ouvrir l'établissement à tous les médecins pour éviter l'ouverture d'une clinique privée concurrente en ville. On ne nomme pas de médecin-chef de l'établissement. Ils sont 17 en 1946 à amener régulièrement leurs patients à l'hôpital, puis 20 en 1952 et 38 en 1963. Le nombre de praticiens ayant accès à l'hôpital est alors jugé trop élevé pour son bon fonctionnement et on parle d'une réorganisation générale de l'établissement en 1960-1964, qui débouche sur un premier règlement d'organisation médicale adopté en 1960. L'hôpital reste ouvert à tous les médecins de la région<sup>70</sup> agréés par la direction, alors que les nou-

<sup>70</sup> Districts de Sion, Hérens et Conthey, aux communes desquels appartient l'hôpital régional.

velles infrastructures, comme l'électrocardiographe, l'électroencéphalogramme ou les appareils ophtalmiques, sont réservées aux spécialistes FMH qui savent s'en servir. En 1962, l'hôpital est divisé en différents services<sup>71</sup> à la tête desquels sont nommés des médecins responsables et, en 1968, on aboutit à la réorganisation de l'établissement: des médecins fixes sont nommés à la tête de chaque service désormais fermé aux praticiens externes. Seuls des consultants externes sont acceptés pour des spécialités particulières. Cette fermeture progressive ne soulève pas d'opposition particulière de la part des médecins, sans doute parce qu'ils trouvent refuge dans la Clinique générale de Sion, transformée et réaménagée au milieu des années 1950.

Dans d'autres cas, la fermeture de l'hôpital vis-à-vis de l'extérieur, entraîne de vives réactions corporatistes des médecins et de durs conflits avec les directions hospitalières apparaissent. Souvent, les médecins sortent vainqueurs de ces confrontations et les autorités doivent revenir en arrière. C'est l'occasion pour le corps médical de montrer la puissance de son lobby et sa position dominante dans le système hospitalier, ce qui fait dire en 1960 au maire de Delémont, membre de la direction de l'hôpital de sa ville, qu'«il est possible de discuter avec Messieurs les médecins lorsqu'ils sont pris individuellement. Mais les expériences que nous avons vécues nous montrent que, lorsqu'ils sont associés, c'est impossible»<sup>72</sup>. Ainsi, à Estavayer, suite à l'ouverture d'un nouveau bâtiment (1951), on discute la réorganisation du service médical. On décide en 1962 de fermer l'hôpital aux médecins extérieurs et de nommer deux médecins-chefs (chirurgie et médecine), ce qui entraîne des «réactions assez vives»<sup>73</sup>, si bien qu'on en revient à un hôpital ouvert en 1968. A Martigny aussi, le conseil d'administration doit revoir sa décision. En effet, la réorganisation médicale adoptée en 1962-1963 prévoit la création de différents services dans l'établissement et la nomination d'un médecin à la tête de chacun d'entre eux. Mais, face à une nouvelle opposition du corps médical local<sup>74</sup>, on autorise les médecins du district ayant traité leurs patients à l'hôpital avant 1962 de continuer cette pratique.

Enfin, c'est à Moutier que les positions sont les plus tranchées et le conflit le plus violent. Malgré l'agrandissement dont il fait l'objet en 1950, l'Hôpital de Moutier connaît des problèmes de croissance de ses hospitalisations, qui stagnent durant les années 1950, passant de 1'585 en 1950 (25'287 journées) à 1'501 en 1960 (24'242 journées). Désireuse de connaî-

<sup>71</sup> Médecine interne, chirurgie, pédiatrie, gynécologie, ORL, ophtalmologie et radiologie.

<sup>72</sup> Hôpital de Delémont, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 18 janvier 1960.

<sup>73</sup> *La Liberté*, 6 janvier 1963.

<sup>74</sup> On observe déjà le même type de conflits dans les années 1920. Voir p. 224.

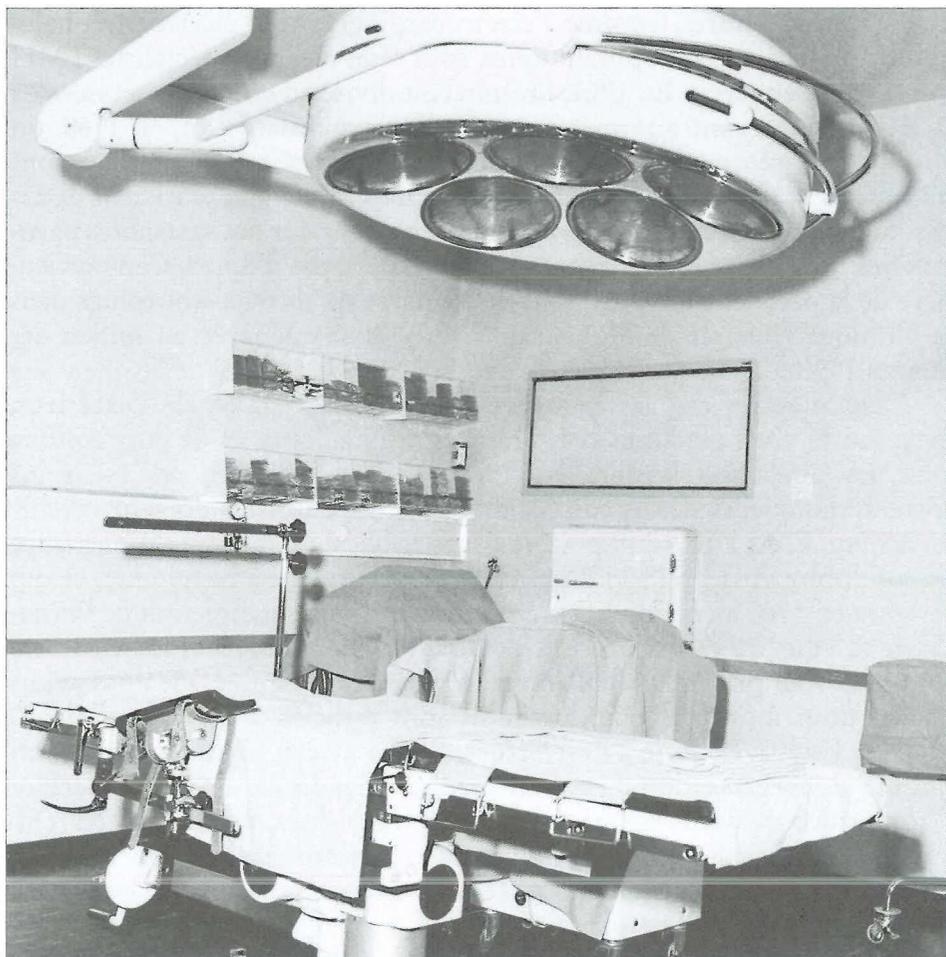


Figure 50: *Archives de l'Hôpital de zone de Nyon.*  
Hôpital de Nyon, salle d'opérations, vers 1977.

tre les causes de ce non-développement, la direction de l'hôpital mandate un groupe de médecins-experts qui préconisent une réorganisation complète de l'établissement. L'idée centrale du rapport rendu en 1960 est le renforcement de la direction médicale, avec la création d'un poste de médecin-chef chirurgien à plein temps et d'un autre de médecine interne, ainsi que la fermeture de l'hôpital aux praticiens externes. Le service médical est réorganisé sur cette base en 1962-1963. Le Dr Roger Faller<sup>75</sup>

<sup>75</sup> Roger Faller (né en 1922): médecin à Genève jusqu'en 1958, puis chirurgien à La Chaux-de-Fonds (1958-1962) et à Moutier dès 1962.

exerce la direction médicale de la maison tout en étant chef du service de chirurgie. On a aussi deux autres médecins-chefs, pour la médecine interne et la gynécologie-obstétrique. Mais surtout, on ferme les divisions privées aux praticiens externes dès juin 1963, ce qui entraîne une plainte administrative du Cercle médical de Pierre Pertuis<sup>76</sup>. Il faudra plusieurs années de conflits entre l'hôpital et le corps médical prévôtois pour que ces derniers obtiennent à nouveau le droit de pratiquer en milieu hospitalier, dans le cadre d'une nouvelle réorganisation faisant la part belle aux revendications des médecins (1966).

### *Hôpital et médecine privée*

La garantie de l'accès à l'hôpital régional devient donc un enjeu important pour le corps médical en pleine expansion. Les relations entre les médecins et l'hôpital se professionnalisent et ne sont plus ce qu'elles étaient au temps de l'hôpital philanthropique. La médecine s'est modernisée à un point tel qu'il n'est plus possible pour des praticiens privés d'en acquérir seuls l'équipement médico-technique. Comme les cliniques privées l'étaient dans la première partie du siècle, les hôpitaux régionaux deviennent des instruments de travail auxquels il est nécessaire d'avoir accès.

Les médecins désirent se servir en premier lieu de salles d'opérations modernisées mais aussi d'un équipement diagnostique sophistiqué (radiologie et laboratoires). Si les médecins fribourgeois acceptent en fin de compte de soutenir un nouvel hôpital cantonal à la fin des années 1950, c'est surtout parce qu'on leur promet l'accès à un centre diagnostique de haute qualité. A Rolle en 1952, les médecins remercient le comité « pour toutes les améliorations apportées à l'Hôpital qui leur rendent des services inappréciables »<sup>77</sup>. Mais la création de laboratoires et de centres de radiologie ouverts au corps médical n'est pas qu'un présent offert aux médecins pour s'assurer de leur soutien. Les hôpitaux profitent aussi de cette ouverture dans le sens que les médecins payent l'utilisation de cette infrastructure. Cet argent est une ressource nécessaire au fonctionnement matériel de l'hôpital. C'est dans cette perspective, tout autant que pour retrouver les faveurs des médecins prévôtois, qu'on décide en 1966 d'ouvrir un centre diagnostic et des cabinets privés dans le nouvel hôpital de Moutier en préparation. Le comité de cet établissement affirme alors que

<sup>76</sup> Société médicale du Jura bernois, sous-section de la Société bernoise de médecine.

<sup>77</sup> Hôpital de Rolle, Procès-verbaux du Comité, 1<sup>er</sup> avril 1952.

« la présence à l'hôpital de cabinets de consultations privés, qui mettent fortement à contribution ces services annexes, nous permet de les équiper normalement. [...] Le laboratoire, par exemple, doit devenir le laboratoire des médecins du district; il en est de même pour la radiologie et la physiothérapie. [...] Nous devons créer un centre hospitalier comprenant des services d'hospitalisation classiques, des services annexes très développés et des cabinets de consultation. [...] Ce centre hospitalier fonctionnel et rationnel [qui] devrait encore offrir une place au dispensaire antituberculeux, au centre de puériculture, aux consultations médico-psychologiques, etc.»<sup>78</sup>

Tous les hôpitaux régionaux romands sont ainsi ouverts au corps médical agréé. Les relations entre autorités hospitalières et médecins ne sont pas pour autant harmonieuses. Il se pose en effet la question de la location de l'infrastructure hospitalière et de son montant. En général, les médecins facturent directement leurs honoraires à leur clientèle privée<sup>79</sup> et en reversent une part à l'hôpital. C'est cette part qui pose souvent problème. Le conflit qui oppose dans les années 1950 et 1960 la direction de l'Hôpital de Delémont à ses médecins en éclaire bien les différents enjeux. Depuis 1935, les contrats passés avec les médecins de l'établissement et leurs collègues agréés fixe à 30% le montant des honoraires à reverser à l'hôpital. Les médecins exigent la suppression de cette taxe au cours des années 1950 (en 1951, ils demandent la suppression de la taxe et une augmentation salariale de 2'000 francs par an) mais l'hôpital doit faire face à de nouvelles dépenses suite à un agrandissement (frais fixes plus élevés et lourde charge financière). La sœur supérieure se plaint à cette occasion des médecins (1951): « Du matin au soir les médecins viennent à l'heure qui leur convient visiter leurs malades et font appel aux Sœurs, sans se soucier de leur repos et de savoir si celles-ci sont disponibles.»<sup>80</sup> On leur accorde une augmentation de salaire pour 1952, mais on règle leurs horaires de travail. En 1953-1954, les administrateurs aimeraient une plus grande présence des médecins dans l'établissement car ils donnent la priorité à leur pratique privée. Les conflits salariaux s'aggravent en 1958, d'autant plus que le corps médical s'étoffe peu à peu avec l'arrivée de spécialistes externes<sup>81</sup> et sent ainsi sa puissance grandir. La direction fait une concession et décide la réduction de cette taxe à 15% en promettant l'étude de son élimination totale en 1961 lors de la reconduction collective des contrats.

<sup>78</sup> Hôpital de Moutier, Rapport du Comité de l'hôpital concernant la structure et l'implantation du futur hôpital, 1966, pp. 6-8.

<sup>79</sup> L'hôpital facture aux hospitalisés privés les frais hôteliers et des services annexes (radiologie, laboratoire, etc.).

<sup>80</sup> Hôpital de Delémont, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 13 décembre 1951.

<sup>81</sup> Dans les années 1950, on nomme des spécialistes en ORL, ophtalmologie et pédiatrie.

L'Etat appuie cette position mais les médecins ne sont pas contents. Par une lettre collective (13 juin 1959), ils menacent de se retirer, malgré leur contrat, et de vider l'hôpital de ses médecins. Le maire de Delémont se demande :

«N'est-il pas juste que les médecins participent à l'amortissement des installations modernes de l'hôpital? Les malades doivent-ils supporter toutes les charges financières de l'hôpital? Il semble équitable que les médecins participent aux frais des salles d'opérations, de l'entretien et de l'achat d'appareils coûteux.»<sup>82</sup>

Un autre administrateur déclare en Assemblée générale :

«Je voudrais émettre un vœu, en demandant aux délégués des communes de ne pas se laisser impressionner par les propos de jeunes médecins qui ont un peu les dents longues, mais de se renseigner auprès des membres du Conseil d'administration sur les faits précis. Le Conseil ne doit pas devenir un instrument aux mains de MM. les médecins.»<sup>83</sup>

Suite à ce conflit, le gouvernement bernois nomme une commission d'experts qui propose une réorganisation de l'hôpital et notamment une participation accrue des médecins à la gestion de l'établissement. Cette expertise externe permet la réalisation d'un consensus entre la direction et les médecins (maintien de la taxe à 15%; création d'une Commission médicale; participation des médecins aux séances de la Direction).

### *Quelques politiques volontaristes de prestige*

S'ils savent qu'ils ne peuvent rivaliser avec les hôpitaux cantonaux universitaires, quelques établissements régionaux adoptent une politique volontariste de développement et cherchent à se doter d'une infrastructure de pointe. L'Hôpital de Riaz est un bon exemple de cette politique et des conséquences qu'elle implique. Suite logique de l'agrandissement de la maison en 1947, une dynamique de modernisation apparaît au début des années 1950 et se caractérise surtout par la volonté de faire de la chirurgie de pointe. On embauche donc en 1953 le Dr Jean Dubas<sup>84</sup>, chirurgien fribourgeois qui est alors chef de clinique à l'Hôpital cantonal de Genève.

<sup>82</sup> Hôpital de Delémont, Procès-verbaux du Conseil d'administration, 26 juin 1959.

<sup>83</sup> Hôpital de Delémont, Procès-verbaux de l'Assemblée des délégués, 21 juillet 1959.

<sup>84</sup> Jean Dubas: médecin assistant puis chef de clinique à l'Hôpital cantonal de Genève (1949-1954), médecin-chef de l'Hôpital de Riaz (1954-1968) puis chirurgien à la Clinique Sainte-Anne de Fribourg.



Figure 51: *Collection A. Martin, Yverdon.*  
Hôpital d'Yverdon, vers 1960.

La même année, on laïcise les organes décisionnels<sup>85</sup> et on engage un économiste afin de réorganiser complètement la gestion de l'institution. De nouvelles installations chirurgicales et radiologiques sont aménagées en 1955, suivies d'un agrandissement (1960) et d'une rénovation (1968) des bâtiments. Cette politique volontariste de développement porte ses fruits, puisque cet établissement devient rapidement le plus important du Sud fribourgeois. En 1982, il totalise 37'094 journées de malades (46.0%), contre 25'040 à l'Hôpital de Billens (31.1%) et 18'423 à l'Hôpital de Châtel Saint-Denis (22.9%)<sup>86</sup>.

A Yverdon, la politique de rayonnement de l'hôpital se situe au niveau de l'engagement en 1964 d'une personnalité médicale en la personne du Dr Naef<sup>87</sup>, chirurgien de la clinique lausannoise de La Source, où il a ouvert un centre de cardiologie à cœur ouvert en 1961. Il s'agit d'une politique délibérée du conseil d'administration, qui affirme en 1965 que

<sup>85</sup> Dès 1953, ce n'est plus un prêtre qui est président du conseil d'administration. Le premier laïc à occuper cette fonction à Riaz est Pierre Villos, député à Gumefens.

<sup>86</sup> COMMISSION 1997, annexe 2.

<sup>87</sup> Andreas Paul Naef (née en 1916): chirurgien-chef de l'Hôpital d'Yverdon (1964-1978), professeur de chirurgie à l'Université de Genève (1970-1976) puis à l'Université de Lausanne (1976-1986).

« dans la presse locale et jusque dans notre population, il est de plus en plus question de notre Hôpital. Nous ne pouvons que nous réjouir des propos élogieux tenus à ces occasions à l'intention de notre établissement hospitalier et de son médecin responsable, Monsieur le Docteur Naef. »<sup>88</sup>

Dans le contexte bouillonnant des années 1960 et l'annonce d'un plan hospitalier à venir, on a donc une volonté claire d'être un hôpital régional à la pointe du progrès et non une petite infirmerie doublée d'un asile de vieillards. On engage en 1964 un médecin anesthésiste et plusieurs internes. L'année suivante, on inaugure deux nouveaux pavillons de pédiatrie et d'obstétrique (pour un coût global de 1.2 million de francs) qui portent la capacité totale de l'hôpital à 210 lits. Le Dr Naef lui-même est à la tête de cette dynamique et demande en 1967 la construction d'un nouvel hôpital et l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant. Mais les finances de l'établissement imposent leurs limites au rayonnement d'un hôpital régional de plus en plus endetté. Ainsi, en 1968, on informe que les ressources privées et les subventions des communes suffisent à peine à payer les intérêts passifs de la dette, sans amortissements. Enfin, il faut compter avec la crise économique de 1975-1976 qui touche de plein fouet la maison, avec les faillites et la dépopulation: on passe de 4410 malades et 58'868 journées en 1974 à 3713 malades (-16%) et 53'708 journées (-9%) en 1978. Cette décroissance a son importance lorsqu'on sait que les pensions de malades assurent à l'Hôpital d'Yverdon 96.2% de ses revenus en 1950 et 97.9% en 1970.

### *Laïcisation*

Conséquence directe de la sécularisation de la société, la laïcisation des hôpitaux s'observe aussi bien en terre protestante que catholique et se voit à différents niveaux. D'une part, les organes décisionnels et la direction administrative des hôpitaux sont largement remis en mains laïques là où les religieux occupaient une place importante. Et d'autre part, les religieuses perdent leur place dominante au sein du personnel soignant au profit d'infirmières laïques sorties des écoles reconnues par la Croix-Rouge. Cette laïcisation symbolise le passage de l'infirmerie charitable du XIX<sup>e</sup> siècle à l'entreprise hospitalière du XX<sup>e</sup> siècle.

Plusieurs présidences de commissions administratives sont remises en mains laïques, souvent à un moment-charnière de la modernisation de l'institution (Riaz 1953; Saignelégier 1961; Vevey-Providence 1967;

<sup>88</sup> Hôpital d'Yverdon, Rapport annuel, 1965, p. 3.

Neuchâtel-Providence 1976). Ce phénomène s'observe essentiellement dans les hôpitaux catholiques, car il est très rare de voir des commissions d'établissements protestants encore présidées par des hommes d'Eglise après 1945. Il arrive aussi que la création d'un poste de directeur administratif se fasse au détriment de la religieuse supérieure, laquelle devient alors infirmière chef (Riaz 1953; Neuchâtel-Providence 1966; Vevey-Providence 1972).

Mais c'est surtout au niveau du personnel soignant que la laïcisation est la plus frappante. Prenons l'exemple des diaconesses (de Saint-Loup et de Berne essentiellement), qui desservent l'essentiel des hôpitaux de la Suisse romande protestante à la fin de l'Entre-deux-guerres. La croissance de la demande, doublée de la sécularisation de la société et de la crise des vocations, ne permet plus aux maisons-mères d'envoyer en masse ses sœurs dans les établissements hospitaliers. Elles en sont même progressivement retirées, essentiellement dans les années 1960 (Saint-Imier 1961; La Chaux-de-Fonds 1963; Nyon 1964; Orbe 1967; Asile des aveugles 1968; Montreux 1969; Rolle 1969; Yverdon 1969; Moutier 1970; Aigle 1971; Mottex 1971; Vevey-Samaritain 1971; Chamblon 1972; etc.), et remplacées par un personnel laïc, provenant d'autres filières de formation. On observe aussi une forte baisse de la proportion de religieuses catholiques. On passe à Martigny de 35.7% de religieuses parmi le personnel hospitalier total en 1942 à 5.2% en 1970 et à Sion, de 49.2% en 1950 à 8.7% en 1970. Elle se monte à 8.2% à Sierre en 1972. Le nombre de sœurs hospitalières à l'Hôpital de Porrentruy est en stagnation: elles sont 32 en 1956 et 35 en 1975, alors même que la croissance du nombre de malades est de 35.8% durant les années 1960. Bien que toujours présentes, surtout en pays catholique, les religieuses deviennent très minoritaires dans les divers établissements hospitaliers. De plus, elles en perdent parfois les postes directionnels, tels que celui d'infirmière-chef (Saint-Imier 1962; Sainte-Croix 1974). A Porrentruy, elles acceptent en 1973 de renoncer à occuper toute fonction dirigeante dans l'établissement.

Il faut pourtant se garder d'une vision téléologique qui verrait la science chasser la religion de l'hôpital. Les hôpitaux de la diaspora catholique gardent parfois une clientèle religieusement marquée. A l'Hôpital de la Providence de Vevey, les malades catholiques sont même en progression constante, passant de 46.5% du total en 1950 à 63.3% en 1970. Enfin, il faut ici citer le cas de l'Hôpital de Viège, qui naît lui-même de la laïcisation de la clinique privée des sœurs Ursulines créée en 1934. Elle leur est rachetée en 1941 par un conseil d'administration et reconnue d'utilité publique en 1945. De nouveaux bâtiments sont construits en 1953 (140 lits), puis un autre en 1973 (210 lits). Pourtant, les sœurs Ursulines restent actionnaires de l'institution et représentent encore 9.1% des voix en 1973. En outre, il

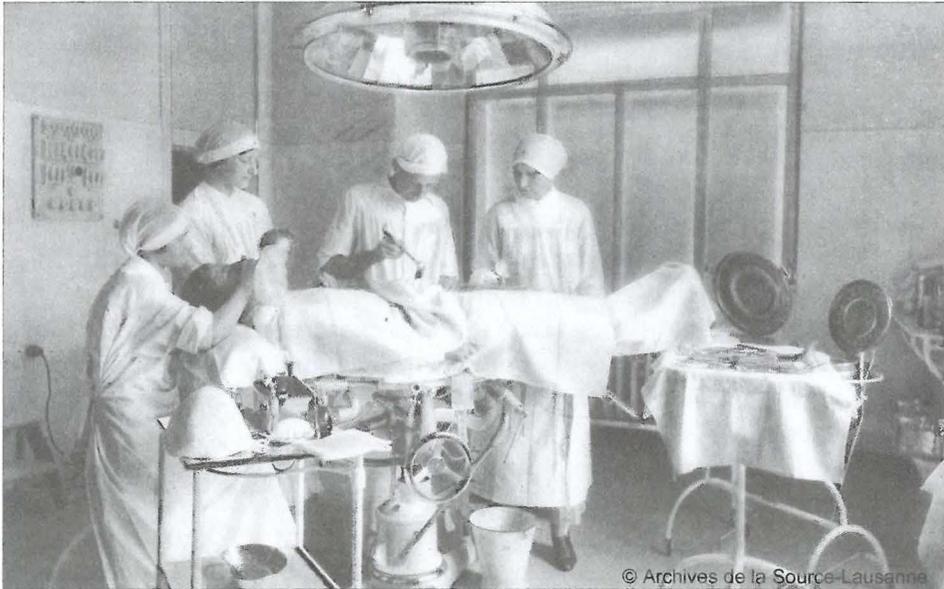


Figure 52: *Archives de La Source, Lausanne.*  
Clinique de La Source, salle d'opérations.

y a toujours des pasteurs et des prêtres qui assurent les fonctions d'aumônier auprès des malades, même si la nature de leur fonction a évolué. Ils ne sont plus les personnages centraux de l'institution et doivent se plier aux exigences de la médecine et des médecins qui envahissent l'hôpital. Ainsi, à La Chaux-de-Fonds, en 1946, « M. le Dr Secrétan<sup>89</sup> intervient afin que le registre des entrées et sorties consulté par M. le pasteur Haldimann, ne lui soit plus communiqué »<sup>90</sup> car il contient le diagnostic des malades à côté des dates d'entrée et de sortie. Cette décision entraîne une vive réaction du pasteur et du Conseil d'Eglise, mais l'hôpital ne cède pas.

### Reconversion de la « montagne magique » et hospitalisation de la vieillesse

La croissance des systèmes hospitaliers et les diverses innovations médico-techniques donnent une image triomphante de la médecine, dont les vieillards et les malades chroniques ne profitent qu'indirectement. Ceux-ci, de même que les convalescents, deviennent une lourde charge

<sup>89</sup> Alfred Secrétan (1889-1964): médecin lausannois établi à La Chaux-de-Fonds (1916), chef du service de médecine interne de l'hôpital communal (1919-1961).

<sup>90</sup> Hôpital de La Chaux-de-Fonds, Registre « Commission de l'hôpital », 10 janvier 1946.

pour des hôpitaux conçus comme des centres technologiques. Cette population est peu à peu accueillie dans de nouvelles institutions, souvent érigées sur les ruines d'établissements antituberculeux devenus obsolètes.

### *Fermeture des sanatoriums et reconversion de l'équipement*

La révolution thérapeutique d'après-guerre joue un rôle considérable dans la lutte contre la tuberculose. La streptomycine et d'autres antibiotiques tels que l'isoniazide et la rifampicine sont découverts dès les années 1940 et rapidement diffusés. Ces substances permettent de guérir une grande majorité de tuberculeux, pulmonaires et autres, au point de rendre bientôt obsolète toute l'infrastructure antituberculeuse créée au cours de l'Entre-deux-guerres.

A Leysin, le nombre de nuitées chute de moitié entre 1946/47 et 1956/57, passant de plus de 1'200'000 à moins de 600'000. La durée de séjour en sanatorium, qui était d'environ un an avant 1945, diminue à près de 200 jours en 1956/57 et une centaine en 1963/64. Plusieurs cliniques ferment leurs portes au milieu des années 1950 (Grand Hôtel 1955; Mont-Blanc 1956; Belvédère 1956) et le dernier grand sanatorium cesse toute activité en 1964. Dans l'autre grande station antituberculeuse romande, à Montana, on observe le même phénomène, avec notamment la fermeture de la clinique Moubra en 1951. Le site de Leysin se reconvertit dans le tourisme durant les années 1950 grâce à une politique volontariste de développement: aux sanatoriums et cliniques privées succèdent les grands hôtels qui feront de cette station un centre important de sports d'hiver. Quant à Montana, on y observe la coexistence de certains établissements de cure reconvertis dans le tourisme et d'autres restés dans le domaine médical. Le tourisme alpin profite aux stations thermales telles que Loèche, où la Rheumaklinik est ouverte en 1961 dans un contexte de très forte croissance de la station<sup>91</sup>.

On observe aussi un retrait de certains établissements cantonaux. La Clinique Vermont (Leysin) achetée en 1946 par l'Etat de Fribourg pour y placer ses tuberculeux en cure d'altitude connaît ce sort. On compte un taux d'occupation des lits qui oscille entre 85 et 97% entre 1946 et 1953. Mais dès le début des années 1950, il devient de moins en moins populaire de s'y faire hospitaliser, avec l'apparition des antibiotiques et l'ouverture du sanatorium d'Humilimont en plaine (1951). Le taux d'occupation a chuté à 43% en 1957. Le sanatorium Vermont est vendu en 1959. Le sanatorium populaire neuchâtelois de Beau-Site (Leysin) connaît la même évo-

<sup>91</sup> A Loèche, le nombre de nuitées annuelles oscille entre 50'000 et 100'000 pour la période 1945-1956; il est de plus de 250'000 en 1960 et de plus de 800'000 dès les années 1970. SALZMANN 1986.



Figure 53: *Nicca, Leysin.*  
Leysin, à la fin des années 1950.

lution et ferme ses portes en 1961. Enfin, la Clinique Les Arolles (Leysin), dépendante de l'Asile des aveugles de Lausanne depuis 1946, est vendue en 1974.

D'autres sanatoriums de montagne, détenus par des cantons pour leurs ressortissants, continuent leurs activités médicales mais se tournent vers d'autres domaines. Les Etats en font souvent des établissements pour chroniques ou de convalescence pour certaines pathologie (alcoolisme, toxicomanie, etc.). C'est le cas à Montana de la Clinique genevoise d'altitude (rattachée administrativement à l'Hôpital cantonal de Genève en 1973). Quant au Sanatorium valaisan (Sanaval)<sup>92</sup>, il se spécialise dans les affections pneumologiques et devient le Centre valaisan de pneumologie. A Leysin, il subsiste les cliniques Beau-Réveil et Miremont.

On trouve un peu le même phénomène dans le cas des sanatoriums et pavillons de plaine. Ils changent en effet d'affectation dans la seconde partie des années 1960 mais restent dans le domaine de la médecine. Si l'on y trouve de moins en moins de tuberculeux, puis plus du tout, on y place en revanche de plus en plus de vieillards et de malades chroniques qui surchargent les établissements hospitaliers classiques. Dans le canton de

<sup>92</sup> Il existe aussi à Montana deux établissements cantonaux alémaniques, la Luzerner Höhenklinik Montana et la Berner Klinik Montana.

Vaud, les pavillons de Mottex et de Chamblon deviennent des hôpitaux gériatriques et de suite de traitement. Ce dernier est reconstruit en 1973. Le pavillon Germond de Saint-Loup se transforme en division de malades chroniques mais fait une large place aux vieillards. Quant au pavillon de la Côte<sup>93</sup>, il devient en 1965 un hôpital de type CTR (Centre de traitement et de réadaptation) pour malades au sortir d'hôpitaux traditionnels. Ces trois établissements donneront l'impulsion déterminante pour la création des CTR qui constituent aujourd'hui un maillon essentiel du réseau hospitalier moderne.

On le voit, les quelques établissements antituberculeux qui perdurent dans le domaine médical après la fin de la « montagne magique » s'orientent vers la prise en charge d'incurables, de vieillards et de convalescents. Cette spécialisation leur permet de s'intégrer parfaitement à un système hospitalier déjà fort dense en libérant les hôpitaux généralistes traditionnels de leurs patients de longue durée. Ils sont en cela annonciateurs de la politique de mise en réseau des institutions de soins qui se mettra en place au cours des années 1980.

### *Les vieillards en milieu hospitalier*

La croissance hospitalière d'après-guerre et le développement de l'infrastructure médico-technique ne sauraient faire oublier la permanence des vieillards et des incurables en milieu hospitalier. Il faut se garder d'une vision linéaire et positiviste qui considérerait la médicalisation de l'hôpital comme le passage de l'hôpital général de l'Ancien Régime à la clinique technologique du XX<sup>e</sup> siècle. Pendant tout le XIX<sup>e</sup> siècle et durant l'Entre-deux-guerres, on remarque la présence d'une population incurable dans les murs d'hôpitaux, même s'ils tendent à être rejetés de quelques grands établissements porteurs de modernité médicale, tels que les hôpitaux cantonaux universitaires. Si la révolution thérapeutique d'après 1945 permet la création de quelques grands hôpitaux modernes dans les centres urbains, les vieillards, dont le traitement se médicalise, continuent d'être reçus dans les établissements hospitaliers. C'est particulièrement le cas dans les hôpitaux des régions périphériques.

Les sections pour vieillards se situent en général dans un bâtiment différent de celui pour malades. Bien souvent, lors de la construction d'un nouvel hôpital, on garde l'ancien bâtiment pour y loger les vieillards de

<sup>93</sup> COLLECTIF 1988.

manière autonome (Estavayer 1951; Billens 1960; Sion-Gravelone 1979). Dans le canton de Fribourg, on trouve encore de nombreux lits de vieillards dans la majeure partie des hôpitaux en 1954<sup>94</sup>: 50 (soit 20.0% du total des lits) à l'Hôpital des Bourgeois; 15 (16.9%) à l'Hospice de la Providence de Fribourg; 32 (22.2%) à l'Hospice de Billens. A Aigle, le nombre de vieillards est estimé à 10% de la population hospitalière en 1958. Dans certains établissements, les fonctions d'asile et d'hôpital sont même à égalité dans la répartition des lits. Ainsi, en 1954, l'Hôpital d'Estavayer réserve 44.4% de ses 180 lits aux vieillards et celui de Riaz 42.4% de ses 165 lits, alors que cette proportion atteint le sommet de 83.3% des 180 lits de l'Hospice de district de Tavel<sup>95</sup>. Dans le Jura, les hôpitaux de Delémont et de Saignelégier ont tous deux un hospice de vieillards intégré dans l'institution. Les journées de vieillards représentent même plus de 50% du total des journées à Saignelégier<sup>96</sup>, où l'on incorpore un second hospice de vieillards à l'hôpital en 1959. A Château-d'Ex, un médecin de l'hôpital propose en 1963 qu'on organise une section spéciale pour vieillards et soulève deux ans plus tard les « problèmes que pose l'encombrement actuel de notre établissement hospitalier par les personnes âgées »<sup>97</sup>.

On assiste aussi à l'apparition des premiers hôpitaux gériatriques, dans le sillage de la reconversion des pavillons antituberculeux de plaine (Chablons) et de l'ouverture d'un Hôpital de gériatrie dans le cadre de l'Hôpital cantonal de Genève (1972). Ils annoncent la grande médicalisation de la vieillesse qui se fera dès les années 1980, avec l'ouverture de sections gériatriques dans les hôpitaux régionaux et la profusion d'établissements médico-sociaux (EMS).

### Vers la professionnalisation du personnel hospitalier

L'augmentation du personnel soignant, ainsi que sa segmentation, est le meilleur reflet de l'extraordinaire croissance du système hospitalier entre 1945 et 1975. Dans les années 1970, les hôpitaux sont souvent les plus grandes entreprises de leur localité en termes d'employés. L'Hôpital cantonal de Genève compte au total 3'419 employés<sup>98</sup> en 1970, contre 842

<sup>94</sup> AEF, DSPa 208.

<sup>95</sup> Il est vrai que les malades de ce district se rendent généralement à l'Hôpital cantonal de Fribourg et qu'on ne considère généralement pas l'Hospice de Tavel comme un hôpital médicalisé mais comme un simple hospice avec une division médicale.

<sup>96</sup> 52.8% en 1950; 50.3% en 1960; 56.7% en 1970. Source: rapports annuels.

<sup>97</sup> Hôpital de Château-d'Ex, Rapport annuel, 1965, doc. non paginé.

<sup>98</sup> Personnel infirmier et autres (administratif, technique, etc.).

vingt ans plus tôt, soit une hausse de 306%. Quant à l'Hôpital cantonal de Lausanne, il emploie au total 805 employés en 1950 et 2'827 en 1970, soit une hausse de 251%. Cette augmentation n'est pas que le seul reflet de la croissance des hospitalisations mais correspond à un plus grand encadrement des malades: on passe dans le même temps à Genève de 6.6 employés pour 100 patients (ou 0.7 par lit) à 11.7 (1.7). Les hôpitaux régionaux restent modestes en regard des géants genevois et vaudois mais présentent les mêmes caractéristiques de forte croissance du personnel. Ainsi, dans le Valais<sup>99</sup>, on passe à Martigny de 81 employés en 1958 à 274 en 1979 (soit une hausse de 238.3%), à Sion de 59 en 1950 à 312 en 1970 (428.8%) et à Sierre de 54 en 1952 à 220 en 1972 (307.4%). A Moutier, le personnel passe de 40 en 1950 à 124 en 1975 (210.0%)<sup>100</sup>. Cependant, ces chiffres ne doivent pas occulter des problèmes aigus de recrutement, de formation et de conditions de travail.

En effet, avec la crise des vocations, les maisons de religieuses soignantes ne sont plus en mesure de faire face à une hausse croissante de la demande et, comme on l'a vu, retirent bientôt leurs sœurs. Les directions hospitalières doivent alors se tourner vers d'autres filières de formation. Après 1944, la Croix-Rouge suisse exerce un monopole sur la profession, dans le sens où c'est elle qui accorde les subventions fédérales aux écoles. La filière laïque romande se résume donc à l'école de La Source à Lausanne et celle de Bon Secours à Genève. Or, en perpétuant le modèle religieux d'aide aux malades, ces écoles se coupent de nombreuses personnes issues des classes populaires désireuses de devenir infirmier(ère)s et de faire de cette profession leur gagne-pain. En adoptant une telle politique limitatrice, la filière de la Croix-Rouge n'a pas les moyens de répondre aux demandes d'emplois des directions hospitalières. On estime qu'il manque environ 6'000 infirmières en Suisse au milieu des années 1960<sup>101</sup>. Dans certains cas, le manque de main-d'œuvre profite directement au personnel en place qui se permet quelques libertés. Ainsi, à La Chaux-de-Fonds, la direction se voit obligée d'accepter en 1951 qu'un infirmier loge son chien dans sa chambre d'hôpital, de crainte qu'il ne quitte l'établissement. L'année suivante, on reçoit des plaintes à cause du bruit que font les employées italiennes dans l'hôpital des enfants. Le président Itten<sup>102</sup> déclare alors: « Nous avons besoin de notre personnel et [que] nous serions joliment ennuyés si nous le fai-

<sup>99</sup> Chiffres tirés des rapports annuels des divers établissements.

<sup>100</sup> HÔPITAL 1976, document non paginé.

<sup>101</sup> Hôpital de Moutier, Rapport du Comité de l'Hôpital concernant la structure et l'implantation du futur hôpital, 1966, p. 4.

<sup>102</sup> Itten (?-?): conseiller communal en charge de l'hôpital.

sions fuir.»<sup>103</sup> Ces anecdotes chaudes-de-fonnières illustrent parfaitement les avantages que peut tirer le petit personnel de cette situation de difficulté de recrutement.

En l'absence de personnel formé suffisant, on continue donc d'employer des gens sans formation ou provenant de filières plus classiques. Une convention est par exemple signée en 1954 entre l'armée et l'Hôpital de Sainte-Croix afin de permettre aux infirmiers militaires d'y effectuer des stages de six mois. A l'Hôpital cantonal de Genève, on continue d'employer de nombreux stagiaires: ils représentent 20% du personnel infirmier en 1950<sup>104</sup>. Enfin, c'est à ce moment qu'on recourt de plus en plus massivement au personnel étranger, faute d'infirmier(ère)s suisses. La proportion d'étrangers parmi l'ensemble du personnel (infirmier et autre) de l'Hôpital cantonal de Lausanne se monte à 12% en 1961 et croît régulièrement jusqu'à 39% en 1974. A Sainte-Croix, on note en 1957 qu'«à la cuisine et à la lingerie, nous occupons du personnel italien, qui nous donne entière satisfaction»<sup>105</sup>. A Yverdon en 1975, on compte 25 nationalités différentes parmi le personnel.

Afin de s'assurer une main-d'œuvre hospitalière pour l'avenir, les hôpitaux et les cantons mettent alors eux-mêmes en place diverses écoles d'infirmières et d'aides-infirmières. Le Dr Piotet de Nyon propose en 1963 qu'on organise une formation pour infirmières, ouverte aux jeunes filles dès l'âge de 16 ans. Mais il faut attendre le début des années 1970 pour voir l'Etat de Vaud ouvrir des écoles de soins infirmiers à Morges et à Vevey. Dans le Jura, sous la pression du Dr Faller, médecin-chef de l'Hôpital de Moutier, se met en place en 1966 une école pour le personnel aide-hospitalier, en collaboration avec l'Hôpital de Delémont. A La Chaux-de-Fonds, on envisage depuis 1955 l'ouverture d'une école d'infirmières, avec la collaboration de la Croix-Rouge, dans le cadre du nouvel hôpital en projet. Suite au refus du Conseil d'Etat d'y apporter son soutien (1959), on décide d'en faire une fondation privée, soutenue par les industriels locaux. Dans le canton de Fribourg, une école d'aides hospitalières est ouverte à l'Hôpital de Riaz en 1966. L'année suivante, c'est l'Hôpital de la Glâne qui demande à l'Etat de mettre sur pied une école d'aides-soignantes. Mais, comme celles-ci sont directement rentables pour les hôpitaux (cuisine, ménage, etc.), l'Etat préfère qu'on les forme directement dans les établissements et non dans des écoles fermées. Une Ecole fribourgeoise d'infirmières assistantes est inaugurée en 1968 et reconnue par la Croix-Rouge en 1970. Enfin, dans le Valais, l'Ecole valaisanne d'infir-

<sup>103</sup> Hôpital de La Chaux-de-Fonds, Registre « Commission de l'hôpital », 20 mars 1952.

<sup>104</sup> DROUX 2000, p. 678.

<sup>105</sup> Rapport annuel 1957, cité dans COLLECTIF 2000, p. 121.



Figure 54: *Photo tirée de DROUX 1994.*

Ecole valaisanne d'infirmières, salle de classe, vers 1944-1945. Dans l'Entre-deux-guerres, les jeunes Valaisannes désireuses d'adopter une profession soignante suivent leur formation à l'école d'infirmières de Pérolles, à Fribourg, ou apprennent le métier sur le tas, dans les établissements hospitaliers du canton. Ce mode de faire ne correspond plus aux exigences de la médecine hospitalière moderne. L'ouverture de l'Ecole valaisanne d'infirmières, sous la direction des sœurs hospitalières de Sion, assure la formation professionnelle d'infirmières laïques et religieuses et permet de répondre aux demandes des hôpitaux.

mières, établissement privé dirigé par les sœurs hospitalières de Sion, est fondée en 1944<sup>106</sup>.

Le problème du recrutement du personnel n'est pourtant pas qu'une simple question de formation professionnelle. Il s'agit aussi, et surtout, d'un problème matériel. En effet, le modèle vincentien persiste et médecins et directions continuent de louer les religieuses soignantes qui se dévouent sans compter et obéissent sans broncher aux ordres qu'on leur donne. Or, le personnel laïc qui devient prépondérant avec la croissance d'après-guerre se considère comme constitué de salariés classiques, c'est-à-dire bénéficiant de droits sociaux (horaire limité, congés, vacances, caisse de retraite, assurances, etc.) et surtout d'un salaire convenable. Ainsi, lorsque les représentants des hôpitaux régionaux vaudois réunis en assemblée proposent d'ouvrir une école infirmière (1956), la directrice de La

<sup>106</sup> Voir DROUX 1994.

Source leur répond qu'« il faut [plutôt] que les Hôpitaux régionaux créent des conditions de travail normales et attrayantes pour encourager les infirmières à venir travailler dans ces petits établissements »<sup>107</sup>. Cependant, l'octroi de conditions de travail normales ne va pas de soi. Souvent, les infirmier(ère)s doivent se battre afin d'obtenir gain de cause. Les syndicats sont très présents dans certains établissements. A La Chaux-de-Fonds, c'est grâce aux pressions du syndicat des services publics que des conventions réglant les conditions de travail sont signées avec le personnel auxiliaire (cuisine, buanderie, lingerie, etc.) en 1950 et les infirmières en 1951. Même dans une région aussi peu propice à l'agitation syndicale que Fribourg, on rencontre des revendications similaires. Quelques employées de l'Hôpital des Bourgeois se regroupent anonymement en 1969 au sein d'un *Groupe d'action du mouvement de libération* pour dénoncer leurs conditions de travail<sup>108</sup>. On se plaint aussi de la politique du personnel de la direction, qui privilégie l'emploi de religieuses, d'étrangères et de très jeunes filles (14-15 ans), c'est-à-dire des catégories de personnes travaillant dur pour un salaire misérable, au détriment de la condition des infirmières. Ces revendications prennent à l'occasion une touche féministe: « L'exploitation de la femme, la discrimination vis-à-vis du personnel étranger qui est très nombreux, l'exploitation des filles: voilà les conditions de travail à l'Hôpital des Bourgeois. »<sup>109</sup>

La question infirmière est ainsi d'abord un problème matériel. Pour le personnel soignant, il s'agit de faire admettre l'équité entre leur profession et celles d'autres secteurs et d'obtenir des conditions normales de travail. Pour les directions hospitalières, le coût de cette main-d'œuvre s'avère de plus en plus difficile à assumer. Jusque dans l'après-guerre, la prédominance de religieuses soignantes est favorable à l'équilibre budgétaire des hôpitaux. A La Chaux-de-Fonds, en 1957, le salaire d'une diaconesse est presque la moitié plus bas que celui d'une infirmière laïque<sup>110</sup>, sans compter les horaires de travail beaucoup plus lourds de la première et son omniprésence au cours de l'année (vacances et jours de congés réduits au minimum). Avec l'augmentation du personnel hospitalier, les charges salariales deviennent la principale dépense d'exploitation. A l'Hôpital cantonal de Fribourg, elles passent de 38.5% des dépenses en 1950 à 53.1% en 1960 et 73.8% en 1970. Cette proportion passe à La Chaux-de-Fonds de 38.2% en 1950 à 66.4% en 1972. En 1970, elle atteint 66.3% à l'Hôpital

<sup>107</sup> Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), Archives du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV), Procès-verbal de l'Assemblée générale du 28 juin 1956.

<sup>108</sup> Par exemple plus de 60 heures de travail hebdomadaire effectif sans compensation.

<sup>109</sup> AEF, Fichier personnes et localités, Hôpital des Bourgeois, tract non daté (1969).

<sup>110</sup> 370 francs par mois pour l'infirmière et 200 francs pour la diaconesse, soit 46.0% inférieur.



Figure 55: *Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé, Lausanne.*

Hôpital cantonal de Lausanne, Bâtiment du personnel, 1958. Dans l'ensemble de la Suisse romande, l'engagement en masse d'infirmières nécessite des constructions destinées au personnel. Il n'est plus possible de loger celui-ci dans les bâtiments principaux des hôpitaux où le nombre d'hospitalisés explose et où l'infrastructure médico-technique prend de plus en plus de place. A l'Hôpital cantonal de Lausanne, le nombre total d'employés passe de 805 en 1950 à 1'211 en 1960.

cantonal vaudois et 80.3% à l'Hôpital cantonal de Genève. Pour l'ensemble de la Suisse, ce taux passe de 44.3% en 1950 à 66.6% en 1971<sup>111</sup>.

### *Nouveaux acteurs financiers et professionnalisation de la gestion*

Même si la période 1945-1975 est celle de l'argent facile, la modernisation et le développement du système hospitalier ont un coût. De par leur nature, les hôpitaux cantonaux dépendent uniquement de l'Etat pour leur entretien. Cette question sera abordée lorsqu'on étudiera la question du rôle de l'Etat. Voyons pour commencer les hôpitaux régionaux et spécialisés dont la structure des revenus avait largement évolué durant l'Entre-deux-guerres.

<sup>111</sup> HENNY 1974.

*Financement des hôpitaux régionaux romands*

On a vu que, malgré des origines diverses et des structures juridiques très variées, les hôpitaux régionaux romands sont tous confrontés à un problème de ressources durant les années 1930. Cette question devient préoccupante au sortir de la guerre à cause de dépenses difficilement maîtrisables. Il s'agit évidemment de financer le développement des bâtiments, l'équipement médico-technique de plus en plus complexe et surtout le personnel, laïc notamment, en forte augmentation. Mais aussi, il faut tenir compte de la situation économique nouvelle après 1945, avec notamment l'apparition d'une inflation galopante<sup>112</sup>. Son rôle est important dans l'augmentation des dépenses hôtelières (alimentation, chauffage, électricité, etc.) qui occupent elles-mêmes une part essentielle des dépenses. Mais surtout, l'inflation réduit à peu de chose les fortunes amassées au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, et la part de l'autofinancement s'avère rapidement négligeable. Cela d'autant plus que les équipements hospitaliers se sont modernisés au point de rendre difficile l'action philanthropique, si ce n'est celle de quelques mécènes industriels. Ainsi, on voit que la part de l'autofinancement (ressources propres) a perdu son importance dans la plupart des établissements. Même l'Hôpital Pourtalès, institution philanthropique par excellence, dépend pour l'essentiel de capitaux extérieurs en 1950.

Le déclin de la philanthropie se remarque aussi au niveau des dons, qui deviennent une ressource très secondaire. L'émergence de l'hôpital moderne, qui n'accueille plus seulement les indigents, coïncide avec la fin du paternalisme. L'exemple de l'Hôpital de Sainte-Croix en est parfaitement représentatif. Après la construction d'un nouvel établissement hors de son site originel (1952), l'ancienne infirmerie est vendue à l'usine voisine Paillard SA, dont les patrons avaient exercé un contrôle paternaliste sur l'hôpital dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Mais dans de nombreux cas, on observe une permanence des dons importants d'entreprises industrielles. Très souvent, cette aide est ponctuelle mais essentielle au développement de l'équipement. Nestlé est une entreprise omniprésente dans le système hospitalier romand, non seulement à Vevey, mais dans d'autres régions où elle compte des succursales, comme en Gruyère. A Payerne en 1955, une nouvelle salle d'opérations est offerte par trois entreprises de la région. Parfois, l'intervention des industriels est décisive pour la construction de nouveaux bâtiments: à Moutier, en 1948, les industriels réunissent plus de

<sup>112</sup> Selon l'indice des prix à la consommation, elle se monte à 142.1% entre 1945 et 1975 (soit 4.6% par an en moyenne) alors qu'elle n'était que de 38.0% entre 1914 et 1939 (soit 1.5% par an). Source: *Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, diverses années.

*Ressources financières de quelques hôpitaux romands pour l'année 1950, en %<sup>113</sup>.*

	Ressources propres	Dons	Pensions de malades	Subventions communales	Subventions de l'Etat	Divers
Riaz	5.4	0.8	93.3	0.5	–	–
Estavayer	6.5	3.4	82.9	5.9	–	1.2
Pourtalès (NE)	14.6	2.9	80.2	–	–	2.2
Neuchâtel-Providence	4.4	1.9	92.5	–	–	1.2
Aubonne <sup>114</sup>	–	12.0	82.0	5.0	–	1.0
Vevey-Samaritain	6.0	5.0	89.0	–	–	–
Payerne	0.1	9.7	87.5	1.7	–	1.0
Aigle	–	0.6	92.2	5.1	–	2.1
Rolle	0.2	7.0	92.8	–	–	–
Yverdon	–	3.8	96.2	–	–	–
Moutier	0.5	0.7	88.1	1.8	8.4	0.5
Saignelégier	2.9	2.7	80.2	–	14.3	–

165'000 francs en faveur d'un agrandissement (soit 44.6% du coût total), tandis qu'à Sierre, Alusuisse verse 150'000 francs en 1957 pour un nouvel hôpital. A Saint-Loup, on observe dans les années 1950 et 1960<sup>115</sup> une relation particulière entre l'hôpital et l'entreprise pharmaceutique bâloise Hoffmann-La Roche. Celle-ci finance en effet pendant plusieurs années un poste de médecin-assistant chargé de l'étude clinique de médicaments<sup>116</sup> avant leur introduction auprès du large public.

En 1950, les communes sont des acteurs financiers peu importants, même si elles assument la gestion des hôpitaux dans certains cantons (Berne, Fribourg, Valais). Dans de nombreux cas, elles ne participent pas directement au financement des hôpitaux, si ce n'est par l'intermédiaire de dons volontaires. De toute manière, ce type de soutien est alors négligeable. Ainsi à Vevey, la commune accorde à l'Hôpital de la Providence une aide volontaire annuelle de 500 francs dans les années 1950 et de 1'000 francs dans les années 1960. Cette somme correspond en 1950 à 0.3% des

<sup>113</sup> Source: rapports annuels des institutions.

<sup>114</sup> Chiffres pour 1947.

<sup>115</sup> Cité dans BONARD (sans date), p. 27.

<sup>116</sup> BONARD (sans date) cite notamment les cas du diazépam et du co-trimoxazole, qui donneront respectivement le valium et le bactrim.

recettes totales. Dans le canton de Vaud, les communes interviennent de manière officielle dans le financement des hôpitaux régionaux au cours des années 1950 et 1960 (Yverdon 1955; Payerne 1957; Aigle 1959; Aubonne 1960; Nyon 1962; Orbe 1963; Morges 1968; etc.). Très souvent, c'est à l'occasion de la construction d'un nouveau bâtiment que les communes acceptent d'engager leurs deniers à long terme pour ces établissements. En effet, les projets d'hôpitaux atteignent après 1945 des devis tels que les ressources propres et privées, même augmentées de subventions étatiques et d'un emprunt bancaire, ne suffisent plus. Il faut désormais compter avec la participation des collectivités publiques locales, généralement dans le but de s'acquitter des intérêts bancaires qui viennent alourdir le budget de fonctionnement des hôpitaux. A Montreux, on décide un agrandissement (1955) pour lequel on a en 1956 un fonds de construction de près de 160'000 francs (ressources propres). Le projet est estimé à 2.1 millions, couverts par fonds propres et emprunt bancaire (1.6 million). La nouvelle charge financière serait à hauteur de 80'000 francs par an que les trois communes du cercle de Montreux s'engagent à assumer (impôt d'hospitalisation). Leur participation augmente pour permettre le développement de l'hôpital et se monte à 286'000 francs en 1970. La situation est identique à Orbe, où les subsides des communes sont volontaires jusqu'en 1962, date à laquelle on demande une subvention régulière et plus importante pour faire face à l'agrandissement projeté (payé par emprunt bancaire). Enfin, à Yverdon, on ne note pas de subventions communales, malgré l'ouverture de l'hôpital de 1939. Cet établissement devient très vite déficitaire dans les années 1940 car les pensions ne suffisent pas à payer les frais hôteliers et médicaux. En 1945, on a des recettes totales de 383'678 francs composées des pensions (98%) et de recettes privées (2%), alors que les dépenses se montent à 429'676 francs, dont 422'505 d'entretien des malades (98%, dont le 29% de charge salariale) et 7171 de charge financière (2%). Pour remédier à cette situation, on organise une vente en 1946, mais les difficultés subsistent. Enfin, sur demande de l'hôpital, on obtient un subside dès 1955 de la part des communes des districts de Grandson et d'Yverdon (mais en 1956, les contributions des communes se montent à environ 25'000 francs et ne couvrent pas une charge financière de près de 32'000 francs).

Le cas d'Yverdon illustre bien les soucis financiers qui se généralisent dans les hôpitaux, suite à la mise en service de nouveaux établissements pour lesquels il faut assumer une charge financière parfois lourde, ainsi que des dépenses fixes en augmentation (il faut entretenir une infrastructure plus grande et plus moderne). Bien souvent, la contribution des communes n'y suffit pas. Ainsi, toujours à Yverdon, en 1968, la contribution des communes ajoutée aux ressources privées (dons) suffit à peine à payer

les intérêts de la dette, sans amortissements. A Aubonne, malgré des allocations annuelles qui se montent à 19'500 francs au total en 1960, la maison est déficitaire dans les années 1960<sup>117</sup> et 1970. L'Hôpital de la Providence de Vevey accuse une charge financière de 20.4% des dépenses en 1950 et présente des exercices déficitaires durant toutes les années 1950. Quant à Orbe, le nouvel hôpital de 1967 coïncide avec l'apparition de soucis financiers. Enfin, l'Hôpital de Sainte-Croix est déficitaire durant la majeure partie des années 1950 et 1960.

L'essentiel des ressources financières provient donc des pensions de malades. Il est toujours difficile de savoir ce que recouvre cette acception et de déterminer qui paie effectivement pour les hospitalisés. Les personnes indigentes admises gratuitement par l'hôpital ou dont le séjour est payé par leur commune deviennent de moins en moins nombreuses avec la généralisation des assurances maladie. La proportion des journées d'indigents payées par l'Etat par rapport aux journées totales à l'Hôpital de Rolle baisse de 30% en 1950 à 27% en 1960 et 12% en 1970.

*Ressources financières de quelques hôpitaux romands pour l'année 1970, en %<sup>118</sup>.*

	Ressources propres	Dons	Pensions de malades	Subventions communales	Subventions de l'Etat	Divers
La Chaux-de-Fonds <sup>119</sup>	–	–	60.4	2.3	18.0	19.3 <sup>120</sup>
Porrentruy	1.9	–	81.9	– <sup>121</sup>	11.4	4.8
Saint-Imier	0.8	4.4	66.6	6.2	14.5	7.5
Sainte-Croix <sup>122</sup>	–	17.7	80.0	2.3	–	–

Dès les années 1950, l'Etat et les assurances deviennent les principaux bailleurs de fonds du système hospitalier. Une nouvelle législation est adoptée dans les cantons afin de déterminer l'engagement financier de l'Etat, et des conventions hospitalières sont signées entre l'Etat, les assurances et les établissements hospitaliers. C'est au cours de cette période que se généralise l'intervention de ces deux nouveaux acteurs. Les différences des systèmes comptables et des moyens de subvention entre les

<sup>117</sup> Sauf les années 1962, 1967 et 1968.

<sup>118</sup> Source: rapports annuels des institutions.

<sup>119</sup> Chiffres pour 1971.

<sup>120</sup> Ce chiffre comprend pour l'essentiel une rubrique intitulée « Contributions spéciales » que je n'ai pas réussi à identifier.

<sup>121</sup> Comprises dans les subventions de l'Etat.

<sup>122</sup> Chiffre pour 1972.

cantons rend très difficile la comparaison entre les divers établissements. Le canton de Vaud est un acteur financier important des hôpitaux régionaux, mais son soutien est englobé dans la rubrique « pensions », alors que dans les cantons de Berne et de Neuchâtel par exemple, l'Etat offre un montant en corrélation avec le nombre de journées en chambres communes. De toute manière, on remarque une tendance générale à la disparition de l'autofinancement et du financement privé.

### *Réorganisation administrative et professionnalisation des directions*

Les enjeux financiers et organisationnels deviennent tels qu'il n'est bientôt plus possible de gérer les hôpitaux comme des établissements purement charitables. Cette conscience s'était généralisée au cours de l'Entre-deux-guerres, lorsque l'on avait retiré la direction administrative et financière des mains des religieuses et que l'on avait nommé des caissiers, économes ou directeurs laïcs et professionnalisés. Le renforcement de la direction administrative laïque, de même que l'apparition de la bureaucratie hospitalière, sont dus au désengagement des commissions administratives et conseils de direction qui remettent leurs établissements entre les mains de managers salariés. Ce nouveau pouvoir administratif prend donc souvent place dans le cadre d'une réorganisation générale de l'hôpital.

C'est ce qui se passe à La Chaux-de-Fonds en 1964. Le conseiller communal en charge de l'assistance<sup>123</sup> ne peut plus assumer seul sa fonction. On nomme un directeur de l'hôpital, même si « le Dr Porret<sup>124</sup> a des inquiétudes en voyant le directeur placé au-dessus des médecins-chefs »<sup>125</sup>. En effet, avant cette date, médecins-chefs, administrateur et sœur supérieure sont tous sur un pied d'égalité et dépendent directement du Conseil communal. Après 1964 intervient le directeur comme nouvel intermédiaire entre les diverses autorités hospitalières et la commune, dont il est le représentant. La première personne nommée à ce poste est d'ailleurs déjà fonctionnaire communal dans un autre service<sup>126</sup>.

A Riaz, c'est la politique de développement voulue par la direction au début des années 1950<sup>127</sup> qui nécessite une profonde restructuration de

<sup>123</sup> L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds est une institution communale, dont la commission administrative est présidée par le conseiller communal en charge de l'assistance.

<sup>124</sup> Pierre Porret (1911-1974): médecin et député progressiste-national (PPN).

<sup>125</sup> Hôpital de La Chaux-de-Fonds, Registre « Commission de l'hôpital », 28 avril 1964.

<sup>126</sup> René Droël (?-?): ingénieur au service de la commune, il est responsable de la surveillance générale des travaux du nouvel hôpital de La Chaux-de-Fonds (1962-1966) lors de sa nomination.

<sup>127</sup> Voir ci-dessus, pp. 259-260.

l'institution et l'engagement d'un économiste. C'est à lui que l'on confie l'ensemble de la réorganisation de l'établissement<sup>128</sup> sur la base d'une expertise rendue par un fiduciaire en 1954. Celle-ci relève l'extrême mauvaise gestion de la maison et l'absence de planification (pas de budget, procès-verbaux mal tenus, pas de cahiers des charges bien définis, etc.). D'autres postes d'économistes sont créés un peu partout à cette même époque, pour des considérations identiques (Delémont 1959; Nyon 1959; etc.).

Le grand chantier de ces nouvelles administrations est de mettre en application une nouvelle comptabilité, de nature analytique, qui permette une meilleure compréhension des comptes et donc un possible contrôle des dépenses. Il s'agit là de l'un des points centraux mis en avant par la fiduciaire mandatée à Riaz. Dans le canton de Vaud, c'est le Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV) qui se dote en 1950 d'un plan comptable<sup>129</sup> rendu obligatoire pour tous ses membres. Ce plan vise à introduire un système comptable identique dans tous les hôpitaux vaudois afin de permettre des comparaisons et d'accroître le niveau d'information de l'association, qui est alors en pleine négociation avec les autorités de l'Etat à propos de la signature d'une convention d'hospitalisation. Concrètement, ce plan uniformise des systèmes comptables parfois très différents par l'introduction d'une comptabilité analytique, restée à l'état d'ébauche jusqu'à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, ainsi qu'une division du compte d'exploitation en un compte médical (soins prodigués), un compte hôtelier (entretien des malades et du bâtiment) et un compte de pertes et profits (résultats financiers). Ce plan reste en vigueur jusqu'en 1972, date à laquelle la Veska introduit son propre plan, basé sur le même principe, et étendu à l'ensemble du pays. L'application de cette nouvelle comptabilité nécessite l'engagement d'un personnel administratif subalterne: les premières employées de bureau font leur apparition dans les hôpitaux (Delémont 1948; Montreux 1955; Nyon 1955; Sainte-Croix 1955; etc.). Dans le sillage du développement généralisé de l'hôpital, on voit apparaître de nouveaux services administratifs. Ainsi, à La Chaux-de-Fonds, on crée pas moins de quatre nouveaux services entre 1962 et 1972 (service du personnel 1962; service des finances 1964; service technique 1965; service hôtelier 1972).

La fonction de directeur d'hôpital apparaît donc dans les années 1950 et 1960. Elle devient rapidement vitale au bon fonctionnement et au bon développement du système hospitalier, si bien qu'on assiste au début des années 1970 au regroupement des divers directeurs en un lobby profes-

<sup>128</sup> Ainsi, il rédige lui-même son propre cahier des charges.

<sup>129</sup> Appelé « Plan Eug. Zwahlen ».

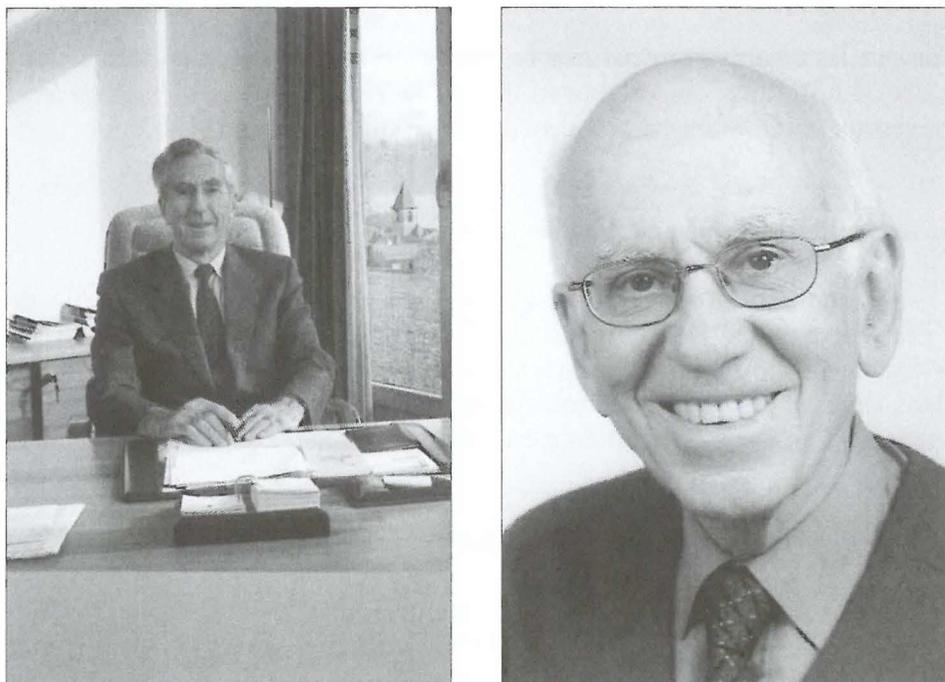


Figure 56: E. Zwahlen: Hôpital de Lavaux, Cully. A. Golaz: A. Golaz, Morges.

Eugène Zwahlen (à gauche) et André Golaz (à droite), deux personnalités marquantes du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV). – Eugène Zwahlen (né en 1919) est préposé à l'Office des poursuites d'Oron, puis administrateur-délégué de l'Hôpital de Lavaux dès 1950. Il devient président du GHRV et siège au comité de l'Association des établissements suisses pour malades (Veska). Il est à l'origine du plan comptable unique adopté par les hôpitaux régionaux vaudois en 1950. – Quant à André Golaz (1924-2002), directeur de l'Hôpital de Morges (1967-1989) et expert-consultant pour le Conseil de l'Europe, il est le premier directeur d'hôpital de Suisse romande à acquérir une formation spécifique à l'École nationale de santé publique de Rennes (France). Il joue un rôle déterminant dans la mise en place d'une filière de professionnalisation romande pour directeurs d'hôpitaux.

sionnel structuré. C'est dans le cadre des associations régionales d'hôpitaux (surtout le GHRV en Suisse romande) que des contacts intenses se nouent entre directeurs. Appelés à se côtoyer de plus en plus pour coordonner leurs activités et réfléchir au développement et à l'avenir de la gestion hospitalière, les directeurs vaudois se rencontrent à Cully en 1972 pour officialiser leur regroupement sous le nom de l'*Association des directeurs des hôpitaux régionaux vaudois*. Cette dernière nomme des groupes de travail qui aboutissent notamment à un projet de contrat-type pour directeur présenté aux comités des hôpitaux. En 1973, cette association s'ouvre aux collègues des autres cantons romands et devient l'*Association des direc-*

*teurs des établissements hospitaliers de Suisse romande (ADEHR)<sup>130</sup>. On porte surtout les efforts pour assurer la formation professionnelle des gestionnaires d'hôpitaux, en collaboration avec la Veska. Le titre d'expert fédéral en gestion hospitalière est reconnu par la Confédération en 1980.*

## Le rôle de l'Etat et la planification hospitalière

De manière extrêmement schématique, on peut réduire le rôle de l'Etat entre 1945 à 1975 à celui d'un bailleur de fonds sans réel pouvoir. Même si une nouvelle législation et des plans hospitaliers sont adoptés dans tous les cantons, ils n'entraînent aucune remise en question fondamentale d'un système en pleine croissance.

### *Les collectivités publiques, principaux bailleurs de fonds du système hospitalier<sup>131</sup>*

On a vu ci-dessus l'importance que prennent les collectivités publiques dans le financement du système hospitalier au cours des Trente Glorieuses. La santé<sup>132</sup> prend une place de plus en plus considérable au sein des dépenses publiques: dans ce domaine, elle passe de 6.9% des dépenses totales en 1950 à 10.1% en 1975. La progression de ces mêmes dépenses est considérable, puisqu'elle se monte à 1'437% durant cette période, contre 977% pour les dépenses globales. Les dépenses de santé touchent essentiellement les cantons. Alors que la Confédération ne consacre que 0.8% de ses dépenses à la santé en 1950 (et 0.3% en 1975), ceux-là y consacrent 14.0% en 1950 et 17.5% en 1975. Quant aux communes, elles utilisent 6.1% de leurs dépenses pour la santé en 1950 et 6.6% en 1975. Si l'on ne s'intéresse qu'aux seuls hôpitaux<sup>133</sup>, ils coûtent 176 millions de francs aux cantons en 1950 et trois milliards en 1975, soit une progression de 1'605%.

L'Etat intervient de plusieurs manières dans le financement du système hospitalier. Tout d'abord, dans la continuité du XIX<sup>e</sup> siècle, on rembourse les pensions des malades indigents à la charge de l'Etat. Puis, avec le développement des assurances sociales, le subside devient fonction du nombre de journées en chambre commune. Mais il y aussi des subven-

<sup>130</sup> ADEHR 1993.

<sup>131</sup> Informations ci-dessus tirées de PIOTET 1993. Lorsque je parle de «collectivités publiques», il s'agit ici du total cumulé des communes, des cantons et de la Confédération. Si je ne parle que d'un acteur, je précise.

<sup>132</sup> Etablissements hospitaliers et soins ambulatoires.

<sup>133</sup> Chiffres disponibles uniquement pour les cantons avant 1980. La part des hôpitaux dans les dépenses cantonales de santé passe de 84.5% en 1950 à 93.5% en 1975.

*Proportion des dépenses de l'Etat consacrées au système hospitalier (en %)<sup>134</sup>.*

	Fribourg	Genève	Neuchâtel	Valais	Vaud
1950	0.7	6.4	–	2.9	13.7
1960	0.9	10.3	2.1	4.6	15.0
1970	2.0	15.5	2.0	4.3	– <sup>135</sup>

tions d'équipements, plus ponctuelles, qu'accorde l'Etat et qui deviennent vitales au développement du système hospitalier.

Dans le canton de Vaud, les relations entre l'Etat et les hôpitaux régionaux s'améliorent avec l'adoption d'une nouvelle convention sur le prix de la journée d'hospitalisation remboursée pour les indigents (1953), puis d'une seconde qui accorde enfin aux hôpitaux le remboursement du prix réel de la journée d'hospitalisation (1955). La première convention vaudoise d'hospitalisation entre les hôpitaux et ses partenaires financiers (collectivités publiques et assurances) est signée en 1960. La situation est similaire dans les autres cantons. Ainsi, dans celui de Neuchâtel, on se dote en 1955 d'une loi sur l'aide hospitalière qui lui permet de subventionner l'exploitation des hôpitaux.

### *Développement des associations d'hôpitaux*

La nouvelle politique hospitalière des cantons et leur intervention croissante dans le financement des établissements, ainsi que la mise en place des planifications, donnent un rôle accru aux hôpitaux en tant qu'acteur collectif. Le développement des relations et des négociations avec l'Etat débouche sur la création ou le renforcement d'associations d'hôpitaux jouant le rôle de lobby. C'est dans ce contexte que se crée l'Association neuchâteloise des établissements de malades (1947), puis le Groupement des établissements hospitaliers valaisans (GEHVAL) au début des années 1960.

Dans le canton de Vaud, le GHRV se dote d'un comité en 1947 et d'un secrétariat général en 1957, confié à un économiste universitaire. Plusieurs établissements, craignant la perte de leur autonomie, sont pourtant opposés à cette centralisation nécessaire à la structuration d'un lobby efficace. Dès 1958, on demande une meilleure collaboration à tous les

<sup>134</sup> Source: comptes de l'Etat, dépenses nettes en faveur du système hospitalier. Pour le canton de Vaud, j'ai pris en compte la part du Service des Hospices.

<sup>135</sup> Chiffre indisponible pour 1970.

membres: «Nous prions instamment tous les responsables de nos hôpitaux de répondre dans les délais. Si nous voulons défendre les intérêts légitimes de nos membres, il est indispensable que nous soyons en possession de toutes les données des problèmes.»<sup>136</sup> Enfin, on crée en 1966 un poste de secrétaire salarié responsable de l'association. Dans le cadre de la mise en place du plan hospitalier, le renforcement du GHRV s'impose «dans l'intérêt même de la sauvegarde de l'autonomie actuelle de nos hôpitaux régionaux vaudois, telle que nous la connaissons présentement»<sup>137</sup>.

### *L'Etat interventionniste: nouvelles lois et plans hospitaliers*

Les nouvelles législations hospitalières adoptées dans les différents cantons après 1945 répondent au besoin de coordonner la croissance des établissements de santé et de répartir les tâches entre eux. La question du développement des hôpitaux cantonaux y occupe souvent une place d'importance.

Le canton de Vaud est un bon exemple de ce phénomène, car il s'agit pour l'Etat de coordonner à la fois le développement de l'Hôpital cantonal universitaire et son engagement dans le financement des hôpitaux régionaux. L'autorité sanitaire cantonale est réorganisée en 1958 avec la création d'un Service de la santé publique spécialement chargé de la gestion du système de santé. Ce nouveau service étudie dès 1959 l'extension de l'Hôpital cantonal et étend sa prospective à l'ensemble du système hospitalier cantonal en 1962. La loi sanitaire est modifiée en 1965 et aboutit à la réalisation du plan hospitalier de 1966. Ce dernier ne remet pourtant pas fondamentalement en question le système, comme l'avait demandé le professeur Decker à la fin de l'Entre-deux-guerres. Mais, en découpant le territoire cantonal en huit zones, l'Etat aborde pour la première fois le problème hospitalier dans sa globalité.

La situation du canton de Fribourg est similaire. Ici aussi, c'est la question de l'ouverture d'un nouvel hôpital cantonal qui est à l'origine d'une nouvelle loi hospitalière. Les hôpitaux régionaux et les cliniques privées sont en effet très réticents à l'idée d'ouvrir un tel établissement: ils en acceptent toutefois le principe en 1954, à condition qu'on règle le problème de son financement et de ses rapports avec les autres établissements de santé. On aboutit à une sorte de consensus qui permet l'adoption d'une loi sur les établissements hospitaliers en 1955, partageant les compétences

<sup>136</sup> FHV, Archives GHRV, Rapport du Comité à l'Assemblée générale, 5 juin 1958.

<sup>137</sup> FHV, Archives GHRV, Communication du Comité directeur de l'hôpital d'Yverdon à son Conseil d'administration (copie), 23 décembre 1966.

entre l'Etat (Hôpital cantonal, hôpital psychiatrique et sanatoriums) et les communes (hôpitaux régionaux). Le canton peut accorder aux hôpitaux de district des subventions extraordinaires « lorsque les circonstances l'exigent et si les possibilités le permettent »<sup>138</sup>, mais n'intervient pas dans leur gestion. Il s'agit d'une loi minimaliste, qui n'a que peu d'incidence sur le développement du système hospitalier mais permet la réalisation du nouvel Hôpital cantonal. Dix ans plus tard, une motion au Grand Conseil demande la modification de cette loi par l'introduction du financement obligatoire par l'Etat des dépenses de construction et d'exploitation (1966). Le gouvernement répond alors qu'une telle intervention nécessiterait la présence de représentants de l'Etat dans les conseils d'administration des hôpitaux de district. Ceux-ci ont besoin de la manne de l'Etat et se déclarent favorables<sup>139</sup>. La motion est adoptée en 1971 mais il n'y a toujours pas de planification prévue.

La loi hospitalière bernoise de 1973 est un mélange des exemples fribourgeois et vaudois. Ce canton partage en effet les compétences entre l'Etat (Hôpital cantonal universitaire) et les communes (hôpitaux régionaux), avec la possibilité de subventions cantonales pour ces derniers. On prévoit aussi la réalisation d'un plan hospitalier, qui aboutit au découpage du territoire cantonal en zones sanitaires et à la répartition des besoins pour le futur. Pour le Jura bernois, il n'y a pas d'incidence sur le paysage hospitalier.

Dans le Valais, on a abandonné l'idée d'un hôpital cantonal et l'intervention croissante de l'Etat se fait au niveau des hôpitaux régionaux, dont l'équipement et l'exploitation sont de plus en plus subventionnés. Un premier décret élargit la participation de l'Etat aux frais de construction et de première installation (1955). En 1958, les hôpitaux valaisans adressent une demande commune à l'Etat afin que celui-ci étende son financement à l'exploitation, ce qui est fait dans le cadre de la nouvelle loi sanitaire de 1961. Les cliniques privées sont reconnues d'utilité publique en 1964.

Enfin, le cas genevois est assez particulier car on a affaire à un canton-ville dans lequel la question de l'organisation spatiale du système de santé ne se pose pas. Dans ce cas, l'Etat cherche à coordonner l'ensemble des activités médico-sociales et intègre notamment les institutions de prise en charge de la vieillesse dans sa planification. La croissance de l'Hôpital cantonal est pensée dans cette perspective dès la fin des années 1960 avec le développement d'une politique de placement des convalescents et des incurables dans des institutions appropriées.

<sup>138</sup> AEF, Loi sur les établissements hospitaliers, 1955, art. 1.

<sup>139</sup> Les AEF ne conservent que les réponses (positives) des hôpitaux de Meyriez et de Riaz. AEF, DSPa 1896.

Ainsi, partout en Suisse romande, l'Etat devient un acteur financier essentiel au développement du système hospitalier. Cette intervention se résume dans les faits à l'attribution de subventions aux divers établissements. Les plans hospitaliers adoptés dès le milieu des années 1960 ne prévoient pas de collaboration intensifiée entre hôpitaux voisins. Ce sont des instruments de prévision des besoins pour assurer un développement généralisé du système. Ils ne remettent pas en question le système dans sa structure. Le modèle de référence reste le quadrillage du territoire cantonal par des hôpitaux généralistes et les plans hospitaliers visent à coordonner leur développement et à échelonner dans les temps les investissements d'envergure.

### *Tentatives de rapprochements entre hôpitaux*

On pourrait penser que la croissance des coûts hospitaliers est favorable à certains rapprochements et à un partage des compétences entre établissements voisins. Bien au contraire, en l'absence d'une intervention des collectivités publiques dans ce sens, les établissements hospitaliers songent d'abord à développer leur propre infrastructure et à rester des établissements généralistes à la pointe du progrès. Les rares tentatives de rapprochement entre hôpitaux se soldent pas des échecs.

Au début des années 1950, les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et du Locle songent tous deux à s'agrandir. En 1954, des industriels des deux cités horlogères interviennent confidentiellement auprès de leurs autorités communales respectives et proposent l'étude de la construction d'un hôpital unique d'environ 350 lits<sup>140</sup>, qu'on établirait entre les deux villes, au Crêt-du-Loclc. Ce projet est estimé à quelque 20 millions de francs par les autorités chaux-de-fonnières, et les industriels s'engagent à en financer une partie. Les deux établissements alors existants seraient reconvertis dans la prise en charge de malades chroniques et incurables. Mais le Grand Conseil discute alors de l'intervention financière de l'Etat dans le système hospitalier et n'intègre pas ce projet dans sa réflexion. Il faut aussi compter avec l'opposition de la commune du Locle (1955) pour mettre un terme à ce projet ambitieux. L'Hôpital de La Chaux-de-Fonds est ainsi agrandi et transformé dans les années 1962-1966.

Le canton du Valais est aussi le lieu de tentatives de rapprochement entre hôpitaux dans les années 1960, dont l'origine est au niveau de l'Etat. Cet interventionnisme étatique est relativement précoce en Suisse

<sup>140</sup> Ce qui en ferait le troisième hôpital de Suisse romande, derrière les hôpitaux cantonaux universitaires de Genève et de Lausanne.

romande et peut s'expliquer par une volonté des autorités de contrôler un développement tous azimuts et très poussé des hôpitaux valaisans, dont la création a été relativement tardive. L'intervention se situe dans deux endroits, à Sierre et en Haut-Valais (Brigue et Viège). Dans le premier cas, l'Etat désire amener une collaboration entre deux établissements siérois, l'Hôpital régional et la Clinique Sainte-Claire, reconnue d'utilité publique en 1964. A ce titre, cette dernière a droit à des subventions de construction, mais le Conseil d'Etat les lui refuse en 1968, arguant qu'une collaboration doit se mettre en place entre les deux établissements, en conformité avec le plan hospitalier de 1966. Des problèmes d'ordre relationnel entre les deux institutions empêchent toute véritable collaboration. En se médicalisant au début des années 1960, Sainte-Claire concurrence l'Hôpital régional. Malgré la construction de nouveaux bâtiments en 1966-1970, ce dernier ne connaît qu'une croissance de 55.9% de ses hospitalisations entre 1962 et 1970 et présente des exercices déficitaires en 1969 et 1970 qui deviendront problématiques par la suite. Dans ces conditions, l'Etat ne se donne pas les moyens d'imposer sa politique de collaboration.

La situation est un peu identique dans le Haut-Valais. L'Hôpital de Viège, créé par les sœurs Ursulines en 1934, se modernise au cours des années 1940. Le nombre de ses patients augmente de 310 en 1940 à 1'298 en 1946 (soit une hausse de 318.7%), alors que la durée moyenne de séjour passe dans le même temps de 27.7 à 16.1 jours. On a désormais affaire à un établissement médicalisé et ambitieux. Il est devenu un sérieux concurrent pour Brigue, dont l'établissement est agrandi à deux reprises dans les années 1940 (1940 et 1945-1946) mais dont la croissance en terme d'hospitalisations est beaucoup plus faible (de 1'063 en 1940 à 2'120 en 1950, soit une hausse de 99.4%). Dès les années 1930, la question de l'hospitalisation des tuberculeux en Haut-Valais et de l'ouverture d'un pavillon d'isolement en attendant celle du Sanaval constitue une première occasion de confronter les points de vue<sup>141</sup>. Cette idée, lancée en 1933 par le Dr de Kalbermatten<sup>142</sup>, n'est jamais réalisée. Elle trouve une nouvelle actualité avec l'intervention de Taugwalder<sup>143</sup> auprès des autorités cantonales (1943) et fédérales (1947). Le Service fédéral de l'hygiène publique propose la création d'un pavillon de tuberculeux à Brigue et d'un pavillon d'isolement pour contagieux à Viège (1948), mais se heurte à l'opposition de ce dernier qui refuse toute collaboration. Une fois encore, cette question, de

<sup>141</sup> VOUILLOZ BURNIER & BARRAS à paraître.

<sup>142</sup> Josef de Kalbermatten (1884-1974): médecin-chef de l'Hôpital de Brigue (1915-1935) et conseiller communal de Brigue.

<sup>143</sup> Rodolphe Taugwalder: pharmacien, chef du Service de l'hygiène publique (1941-1948), promoteur de l'Ecole d'infirmières de Sion et de nombreuses améliorations dans le domaine de la salubrité publique.

même que celle de la construction d'un grand hôpital régional commun lancée en 1949, ne trouve pas de réponse. En fin de compte, alors que l'Hôpital de Viège se dote d'un établissement moderne de 140 lits (1953), on ouvre à Brigue un pavillon pour tuberculeux (1957) et on agrandit l'hôpital (1965). Par la suite, dans le cadre de la planification hospitalière, la Société médicale valaisanne (section Oberwallis) demande la fondation d'un hôpital unique pour le Haut Valais, avec un conseil d'administration unique et une répartition des spécialités entre les deux sites (1966). Malgré cette position et l'appui du Conseil d'Etat allant dans le même sens, les conseils d'administration, les médecins-chefs et les préfets s'opposent à cette fusion administrative (1967). L'Etat accepte alors le maintien des deux établissements, mais exige la centralisation à Brigue de quelques spécialités dont la liste est négociée pendant plusieurs années (ORL, pédiatrie, radiologie, etc.). Rien n'y fait: Viège s'équipe de matériel radiologique malgré la planification arrêtée entre les deux hôpitaux (1971). Ce refus de toute coordination entre deux hôpitaux distants de moins de dix kilomètres devient l'un des traits caractéristiques des problèmes posés par l'application de la planification hospitalière jusqu'à nos jours.

Les tentatives neuchâteloise et valaisanne de réorganisation du réseau hospitalier échouent donc toutes deux, mais pour des raisons diamétralement opposées. Dans les Montagnes neuchâteloises, c'est la crainte d'un projet jugé ambitieux et surtout trop coûteux, peut-être né d'une politique de prestige de quelques industriels horlogers enrichis par près de vingt ans de croissance, qui empêche sa réalisation. Les collectivités publiques (Etat et communes) font preuve de réalisme financier et préfèrent une adaptation des deux hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et du Locle aux données du moment. Bien au contraire, les problèmes que rencontre le Conseil d'Etat valaisan à Sierre et dans le Haut-Valais ne peuvent s'expliquer par une volonté de limiter les dépenses de la part des communes, puisque l'on refuse toute mise en réseau de l'équipement. Dans ce cas, c'est plutôt l'autonomie locale exacerbée et le pouvoir des notables locaux<sup>144</sup> qui sont responsables des échecs gouvernementaux.

### La crise des années 1970, révélatrice d'une croissance tous azimuts

Dans un climat de contestation post-soixante-huitarde, de violentes critiques sont adressées au système de santé; par ailleurs, l'extraordinaire

<sup>144</sup> Comme dans l'Europe d'Ancien Régime, l'Hôpital de Viège est un instrument de pouvoir et de prestige des notables locaux. L'opposition à la planification hospitalière y est notamment menée par Viktor Petrig (1887-1973). Voir note 1, p. 174.



Figure 57: *Photo tirée de 1973, Regionalspital St.Maria, Visp.*  
L'Hôpital de Viège après l'agrandissement de 1953.

croissance du système hospitalier durant les Trente Glorieuses est remise en question au milieu des années 1970 par la crise économique.

Il y a tout d'abord un problème de nature conjoncturelle. On a vu que les hôpitaux sont devenus extrêmement dépendants du paiement des pensions de malades dès la fin de l'Entre-deux-guerres. Toute la croissance du système hospitalier est donc soutenue par l'augmentation régulière du nombre de patients et de journées de malades. Or, en mettant fin à la croissance économique, la crise des années 1970 réduit le nombre d'hospitalisations de plusieurs établissements situés dans des régions où la récession est particulièrement forte (nombreuses faillites et émigration). Là où la population chute, les journées d'hospitalisation et donc les revenus hospitaliers s'en trouvent durement affectés. L'arc jurassien est particulièrement touché par ce phénomène. On a parlé ci-dessus de l'exemple d'Yverdon, qui voit sa politique de rayonnement se heurter à cette limite financière. Tous les hôpitaux de la région sont touchés par ce phénomène<sup>145</sup>. Le nombre d'hospitalisations entre 1970 et 1980 est en baisse de

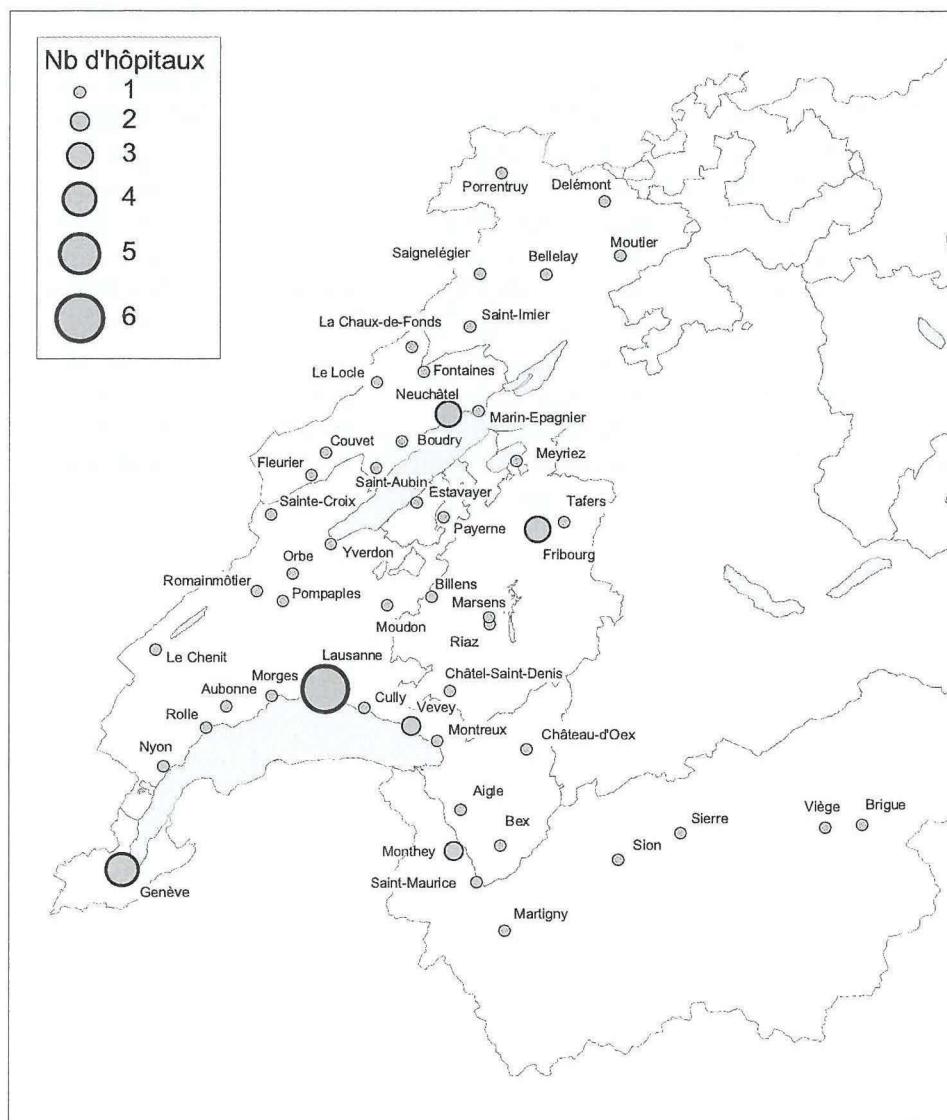
<sup>145</sup> On observe aussi une diminution du nombre d'hospitalisations doublée d'un maintien du nombre des journées (donc une hausse de la durée moyenne de séjour) dans certains établissements de régions périphériques (Aubonne, Orbe, etc.). Ici, c'est plutôt la marche vers la gériatrisation de petits hôpitaux qui explique ce phénomène, beaucoup plus que la crise des années 1970.

14.2% à Sainte-Croix, 9.9% Neuchâtel-Providence, 7.9% à La Chaux-de-Fonds et 4.6% à Porrentruy. A Saint-Imier, l'hôpital connaît une formidable croissance durant les Trente Glorieuses, qui se concrétise par une hausse des hospitalisations de 89.7% entre 1945 et 1970 et se termine en apothéose par un don de deux millions de francs de la part d'un industriel de la localité en 1972, après quoi on entre en phase de stagnation (-0.6% d'hospitalisations entre 1970 et 1980).

La crise économique de 1975 est aussi l'occasion de remettre en cause une politique de développement tous azimuts et de suréquipement généralisé, faite avec l'approbation tacite de l'Etat qui distribue les subventions de construction sans vraiment intervenir dans l'aménagement du territoire en matière de santé publique. Les problèmes financiers qui émergent au milieu des années 1970 sont une excellente occasion pour que les pouvoirs publics prennent conscience de ce phénomène et commencent à revoir leur politique non-interventionniste de financement des hôpitaux. La crise financière qui secoue l'Hôpital de Rolle dans ces années en est un révélateur.

Cette institution connaît une crise de croissance au début des années 1970. Les principaux dirigeants (président du comité et médecin-chef) quittent l'établissement, dans le sillage des diaconesses (1969). On connaît alors de graves difficultés financières en raison de ressources insuffisantes. En 1970, le déficit d'exploitation se monte à plus de 248'000 francs. Le bilan total (1.3 million de francs) est couvert à moitié (49.7%) par des emprunts. La fiduciaire chargée de contrôler les comptes de l'hôpital met en garde la direction en 1971: «L'aggravation du résultat d'exploitation oblige d'étudier sans tarder les dispositions à prendre afin d'éviter une détérioration encore plus prononcée de la situation financière et économique.»<sup>146</sup> Dans un premier temps, on décide en commun accord avec l'Etat un agrandissement des bâtiments datant des années 1940, ainsi qu'une restructuration des services. La nécessité de nouveaux aménagements techniques se fait sentir et l'on se propose de les financer par la fermeture de la maternité déficitaire. Finalement, les autorités de l'hôpital, désireuses d'accroître la renommée de leur établissement, décident de passer outre l'accord fait avec l'Etat et entreprennent des travaux de grande envergure (1972). Cette politique de prestige, doublée de malversations financières du directeur (mis à pied en 1976), mène à de graves problèmes financiers et à un état de faillite en 1977. Les comptes d'exploitation 1976 se soldent par une perte de plus de 800'000 francs et l'endettement bancaire s'élève en 1977 à plus de 7.1 millions de francs, dont

<sup>146</sup> Hôpital de Rolle, Rapport de la fiduciaire, 3 mai 1971, cité dans le rapport annuel 1970, p. 8.



Carte 3: *Les hôpitaux romands en 1970.*

Les hôpitaux de Suisse romande en 1970. Les développements de la médecine hospitalière après 1945 n'ont paradoxalement que peu d'incidence sur la structure du paysage hospitalier, qui reste très similaire à la situation de 1920. Ce n'est que dans les années 1990 que les diverses administrations cantonales chercheront à réduire la densité d'établissements pour des raisons financières.

près de 2.9 millions non garantis par l'Etat de Vaud<sup>147</sup>. Ce dépassement provient de la réalisation de travaux et de l'acquisition d'équipements qui n'avaient pas obtenu l'aval des autorités vaudoises, pour le bloc opératoire et la maternité (pour un coût de 504'000 francs), pour divers aménagements intérieurs (364'000 francs), pour la radiologie (169'000 francs), pour l'achat de lits électriques (186'000 francs), etc. L'hôpital ne doit finalement sa survie qu'à un accord entre divers partenaires financiers, qui permet de réunir les 2.7 millions nécessaires en 1978<sup>148</sup>. Les collectivités publiques en sont les principaux acteurs, puisque la part de l'Etat se monte à 31.2% et celle des communes du district à 19.9%. Mais on note aussi une importante participation des banques (24.3%) et de l'hôpital (12.4%), le solde étant assumé par les caisses-maladie (5.2%), le GHRV (4.5%) et une fondation charitable (2.5%). L'institution elle-même est réorganisée et désormais dirigée par une commission de gestion regroupant des représentants des communes mais aussi du canton et des caisses-maladie. Cette intervention directe de l'Etat dans les affaires hospitalières préfigure la politique de restructuration à venir dans les années 1980.

<sup>147</sup> Informations sur cette crise financière tirées d'un document de quatre pages rédigé par la nouvelle direction (1977) de l'Hôpital de Rolle et conservé dans les archives de l'établissement. Il est intitulé *Hôpital de Rolle. Pourquoi? Comment? Les questions que l'on se pose à propos de l'assainissement de l'hôpital de Rolle* et daté du 13 octobre 1977.

<sup>148</sup> Le dépassement de 2.9 millions est réduit à 2.2 millions en 1978 par la Convention hospitalière vaudoise, somme à laquelle s'ajoutent les intérêts bancaires.

## RESTRUCTURATIONS (1975-2002)

La crise des années 1970 ne met pas un terme à la croissance du système hospitalier. Ni les découvertes thérapeutiques, ni les innovations médico-techniques ne subissent le ralentissement de l'économie. Les hôpitaux atteignent le sommet de leur croissance dans les années 1970 et 1980: l'hospitalocentrisme et la déshumanisation de la médecine attisent la critique post-soixante-huitarde, née dans la foulée des réflexions de Michel Foucault<sup>1</sup> et d'Ivan Illich<sup>2</sup>. A cette contestation post-marxiste s'ajoute dès la fin des années 1980 une remise en question néo-libérale de l'Etat-providence<sup>3</sup>, englobant une vive critique d'un système de santé coûteux pour les collectivités publiques. Remis en cause de toute part, le système hospitalier entre dans une phase de restructuration censée maîtriser son coût tout en assurant une offre de services de haute qualité.

### Croissance continue du système hospitalier

Le développement du système hospitalier après 1975 est une conséquence directe des innovations médico-techniques adoptées dans les divers établissements, et d'une spécialisation accrue de la médecine. Au niveau technique, on observe une révolution de la radiologie (scanners, IRM) et de la micro-chirurgie grâce à l'électronique. Mais surtout, les années 1980 et 1990 voient l'apparition des biotechnologies (biologie moléculaire, génétique, neurosciences, etc.) qui font éclater les limites de la médecine: celle-ci n'est plus la simple lutte de la vie contre la mort mais devient la science du contrôle et du changement de la vie. Dans cette perspective, les liens avec la recherche scientifique de pointe se renforcent et l'on observe

<sup>1</sup> Entre autres, voir FOUCAULT 1975.

<sup>2</sup> Voir ILLICH 1975.

<sup>3</sup> Voir par exemple ROSANVALLON 1992.

une intégration des sciences du vivant aux sciences exactes. Signe de l'alliance toujours plus grande entre la biologie fondamentale et la médecine, l'Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) inaugure un Laboratoire de génie médical en 1981 et est présidée dès 2000 par un médecin, Patrick Aebischer<sup>4</sup>, ancien professeur de chirurgie expérimentale au CHUV. De même, la nomination au poste de directeur de l'Hospice orthopédique de la Suisse romande de Pascal Rubin en 1999 est hautement symbolique des liens tissés entre les hôpitaux universitaires, la recherche scientifique et l'industrie: Dr en physique de l'EPFL (1992), il exerce jusqu'en 1999 la fonction de directeur technique chez Symbios Orthopédie SA à Yverdon, une PME spécialisée dans la conception et la réalisation d'implants orthopédiques.

Dans les divers établissements hospitaliers romands, on cherche à offrir une infrastructure sans cesse renouvelée, à la pointe du progrès. Malgré des coûts difficilement supportables, on n'observe paradoxalement guère de volonté de collaboration entre hôpitaux voisins. Leur mise en réseau intervient dès les années 1990, le plus souvent à l'instigation des autorités cantonales.

### *Développement de l'environnement médico-technique en milieu hospitalier*

Les diverses innovations médico-techniques aboutissent à l'apparition d'une multitude de nouvelles techniques médicales. L'Hôpital cantonal de Fribourg, inauguré sur son nouveau site de Bertigny en 1972, connaît une dynamique tout à fait représentative de ce que l'on observe ailleurs en Suisse romande<sup>5</sup>. L'équipement technique s'y développe de manière extrêmement rapide: hémodialyse (1974), médecine nucléaire (1975), pose de pacemakers (1976), échographie (1979), urologie (1980), oncohématologie (1980), scanner (1985), pneumologie (1986), électromyographie (1987), endocrinologie (1987), nouvelle salle d'opérations ORL (1987), angiographie (1988), neurologie (1990), diabétologie (1991), IRM (1995) et radio-oncologie (1995). A l'Hôpital cantonal de Genève, le nombre de radiographies par malade passe de 9 en 1970 à 19 en 1990<sup>6</sup>, alors qu'on en dénombrait moins de une par malade dans l'Entre-deux-guerres. Pour les

<sup>4</sup> Patrick Aebischer (né en 1954): médecin, assistant de recherche puis professeur associé à Providence (USA), professeur de chirurgie expérimentale au CHUV (1992-2000).

<sup>5</sup> Voir HÔPITAL 1995.

<sup>6</sup> Selon rapports annuels de l'Hôpital cantonal. Pour 1990, chiffre sans les clichés de pédiatrie.

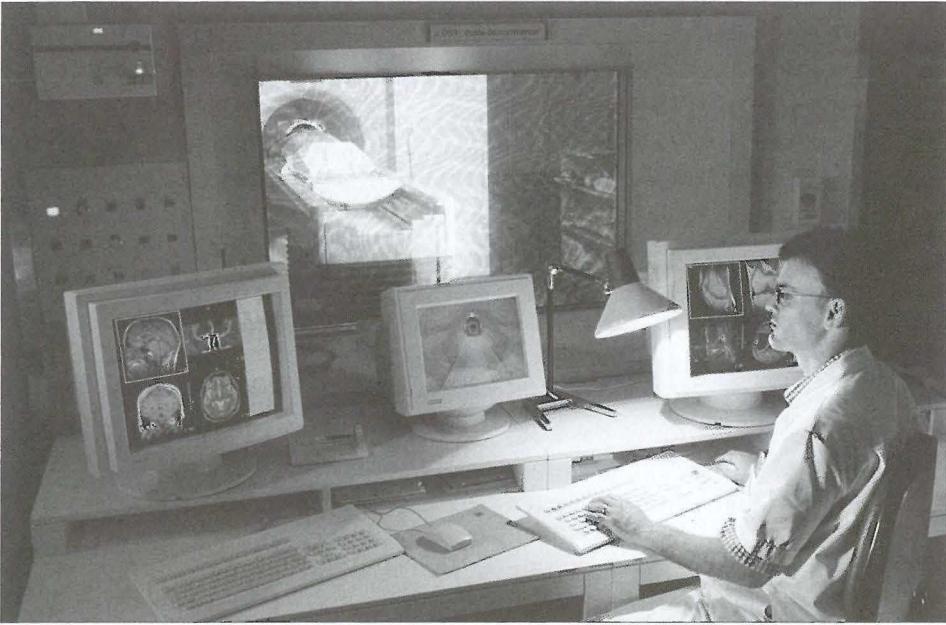


Figure 58: *Centre d'enseignement médical et communication audio-visuelle. Centre hospitalier et universitaire vaudois, Lausanne.*  
CHUV, Lausanne, scanner du Service de radiologie, 1997.

autorités du CHUV, leur institution est devenue «un supermarché de prestations médico-techniques»<sup>7</sup>.

L'effet le plus visible des progrès de la connaissance médicale sur l'organisation interne des hôpitaux est la profusion des divisions, services, cliniques, etc. qui mène à une véritable balkanisation des services hospitaliers. En 1990, l'Hôpital cantonal de Genève compte 9 départements, eux-mêmes divisés en 16 cliniques, 21 divisions, 6 polycliniques et 6 unités (eux-mêmes parfois divisés en sous-sections), ainsi que quelques services autonomes. Quant à son alter ego de Lausanne, il est divisé la même année en trois départements, regroupant 20 services, 16 divisions, 2 instituts et 2 laboratoires, sans compter de nombreux autres services et instituts autonomes (psychiatrie adulte, disciplines fondamentales, médecine et société) mais rattachés à la Faculté de médecine. Ce très fort cloisonnement entre disciplines n'est pas que l'apanage des grands hôpitaux universitaires et se retrouve partout en Suisse romande. A la fin des années 1990, on dénombre pas moins de 14 services médicaux à l'Hôpital de Martigny, 9 à l'Hôpital de Nyon et 6 à l'Hôpital de Moutier. De plus, ces établissements s'ouvrent à une pléiade de médecins-consultants dont le nombre de spé-

<sup>7</sup> PROD'HOM 1991, p. 55.

cialités ne fait que croître. Ainsi, dans un établissement périphérique comme l'Hôpital de Sainte-Croix, on rencontre en 2000 un total de 21 spécialités représentées par des consultants.

Comme corollaire de cette forte croissance de la médecine hospitalière, on assiste dans les hôpitaux universitaires à un très grand développement des activités d'enseignement et de recherche, dans la continuité des découvertes dans le domaine biomédical. Au CHUV, le nombre d'enseignants passe de 144 en 1975 à 216 en 1989. De plus, dès 1986, on note la présence de collaborateurs payés par un organisme externe, le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS; i.e. hors budget CHUV): cette ressource assure à elle seule 119 postes en 1990. Conséquence logique de cette dynamique, le nombre de conférences et de communications scientifiques passe de 491 en 1981 à 985 en 1990. A Genève<sup>8</sup>, on dénombre près de 220 professeurs en Faculté de médecine au début des années 1990. Quant au nombre d'étudiants de cette faculté, il passe de près de 1'200 en 1975 à plus de 1'400 en 1995.

Enfin, on remarque une croissance permanente du nombre d'employés. Pour l'ensemble de la Suisse, la proportion d'actifs dans le domaine de la santé (établissements hospitaliers, soins à domicile et pratique privée) passe de 4.5% en 1970 à 9% en 1990<sup>9</sup>. A Genève, les HUG<sup>10</sup> comptent plus de 7'800 postes de travail en 2000, dont 1'137 médecins<sup>11</sup>. Quant aux hôpitaux cantonaux de Fribourg et de Lausanne, ils emploient en 1990 respectivement 1'019 et 3'912 personnes. Mal préparées à cette croissance, les filières traditionnelles de formation du personnel hospitalier ne peuvent fournir la main-d'œuvre nécessaire et l'on recourt massivement à du personnel étranger, essentiellement pour les emplois subalternes. Ainsi, les Hôpitaux de la ville de Neuchâtel emploient en 1992 près de 40% d'étrangers, très inégalement répartis dans les services: ils atteignent un maximum de 66% en service hôtelier et un minimum dans les services administratifs (9%) et médicaux (11%)<sup>12</sup>.

### *L'hospitalocentrisme et ses limites*

C'est au cours des années 1970 et 1980 que le gigantisme hospitalier atteint son apogée en Suisse romande, symbolisée par l'inauguration en

<sup>8</sup> LADOR & RIEDER 1998, p. 97.

<sup>9</sup> Selon GILLIAND 1991.

<sup>10</sup> Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) regroupent dès 1995 l'ensemble des établissements médicaux publics du canton (médecine générale, psychiatrie, gériatrie, etc.).

<sup>11</sup> Hôpitaux universitaires de Genève, Rapport d'activité 2000.

<sup>12</sup> Hôpitaux de la ville de Neuchâtel, Rapport annuel 1992.

1982 du nouveau Bloc hospitalier du CHUV comptant 1'140 lits et que le conseiller d'Etat Philippe Pidoux<sup>13</sup> compare aux pyramides d'Égypte<sup>14</sup>. En 1970, les hôpitaux cantonaux de Genève et de Lausanne comptent respectivement 1'960 et 1'438 lits. Dans le canton de Fribourg, le nouvel hôpital cantonal permet une très forte croissance des hospitalisations, qui passent de 4'359 en 1970 à 10'589 en 1990 (soit une hausse de 143%). Partout, il s'agit de se donner les moyens d'intégrer le nouvel équipement médico-technique aux établissements hospitaliers. A l'image de l'Hôpital cantonal de Genève, ceux-ci sont en perpétuel réaménagement et agrandissement. Au niveau administratif, cet établissement se voit de plus confier la Clinique genevoise d'altitude (1973), ainsi que les policliniques (1981).

Cette politique de croissance est remise en question dès la fin des années 1980 en raison de la crise des finances publiques. Dans le canton de Vaud, le nouvel hôpital d'Yverdon (1988) est le dernier établissement cantonal de grande envergure (160 lits pour un coût de 77 millions de francs) à être construit. La nouvelle politique hospitalière des années 1990 vise en effet à une différenciation plus stricte entre institutions de soins aigus et de réadaptation, ainsi qu'à une forte diminution de l'hospitalisation dans les premières. Dans les hôpitaux, on observe donc une baisse importante du nombre de lits, de même qu'une très forte chute de la durée de séjour moyen. Celle-ci résulte d'une nouvelle politique de mise en réseau des institutions de soins et du désengagement des malades convalescents vers des établissements moins intensément médicalisés, afin de réduire le coût de l'hospitalisation.

Cette baisse de la durée de séjour dans les établissements de soins aigus s'accompagne d'une diminution de lits disponibles: on enregistre entre 1970 et 1990 une baisse de 20% au CHUV et de 21% à l'Hôpital cantonal de Genève. La diminution se poursuit au cours des années 1990: les HUG passent d'un total de 2'672 lits en 1990 à 2'197 en 2000 (soit -18%).

### *Vers la gériatrisation des hôpitaux périphériques*

En dehors des grands centres urbains, de nombreux hôpitaux connaissent une gériatrisation qui reflète le vieillissement général de la popula-

<sup>13</sup> Philippe Pidoux (né en 1943): conseiller d'Etat radical, responsable du Département de l'intérieur et de la santé publique (1986-1994).

<sup>14</sup> Lors de l'inauguration du Bloc hospitalier, il déclare: «Les Égyptiens ont construit des pyramides, la communauté vaudoise a édifié le CHUV.», cité par SAUDAN 1991 b, p. 189.

*Durée de séjour moyen dans quelques établissements romands, en jours (1980-2000)<sup>15</sup>.*

	1980	1990	2000
Hôpital cantonal de Genève <sup>16</sup>	15.1	12.4	8.6
CHUV, Lausanne	15.6	12.4	9.3
Hôpital cantonal de Fribourg	14.4	12.7	9.7
Hôpital de la Béroche	13.2	10.1	11.2
Hôpital de La Chaux-de-Fonds	15.2	12.7	7.9
Hôpital de Saint-Imier	15.3	11.6	9.7 <sup>17</sup>
Hôpital d'Aigle	13.0	9.7	7.0 <sup>18</sup>
Hôpital de Montreux	12.4	10.8	7.1 <sup>19</sup>
Hôpital de la Providence, Vevey	11.3	13.3	7.3

tion. L'accueil de vieillards en milieu hospitalier n'avait jamais vraiment disparu, malgré le développement d'une médecine de soins aigus sans cesse perfectionnée et l'apparition d'institutions de prise en charge de la vieillesse, mais elle revient en force au cours des années 1980. Cette tendance n'est pourtant pas qu'une conséquence de l'évolution démographique. Elle provient aussi d'une différenciation fonctionnelle accrue entre établissements hospitaliers que la mise en réseau ne fait qu'accroître volontairement. Pour des raisons budgétaires, les services de santé publique concentrent dans certains établissements l'équipement médico-technique nouveau et coûteux. Les petits hôpitaux périphériques se concentrent sur une médecine plus légère, souvent axée autour de la réadaptation et de la gériatrie.

Dans la Béroche, les malades âgés de plus de 80 ans en service de médecine représentent près d'un tiers des hospitalisations (32.7%) en 1985, alors qu'à Saint-Imier, la moitié des hospitalisés (48.7%) ont plus de 75 ans en 1995. Dans les hôpitaux vaudois, la tendance est identique.

<sup>15</sup> Sont pris en compte ici les départements de soins aigus, sans les hospitalisations d'un jour.

<sup>16</sup> Chiffres pour 1989 à la place de 1990.

<sup>17</sup> Hôpital du Jura bernois, site de Saint-Imier.

<sup>18</sup> Etablissements de soins aigus de l'Hôpital multisite du Chablais (i.e. sites d'Aigle et de Monthey).

<sup>19</sup> Etablissements de soins aigus de l'Hôpital multisite Riviera (i.e. sites de Montreux et de Vevey-Samaritain).

*Journées de malades chroniques et de gériatrie  
par rapport aux journées totales, dans quelques hôpitaux vaudois (1980-1995)<sup>20</sup>.*

Année	Aubonne	Château-d'Œx <sup>21</sup>	Rolle	Sainte-Croix	La Vallée
1980	23%	38%	56%	–	–
1985	–	–	65%	–	–
1990	56%	44%	–	44%	47%
1995	45%	48%	–	–	–

De plus, dans de nombreux cas, des homes médicalisés et des établissements médico-sociaux (EMS) sont intégrés administrativement aux hôpitaux régionaux (Morges 1989, Moutier 1990, Estavayer 1990-1991, Landeyeux 1991, etc.). Ces ouvertures ne font que renforcer l'importance



Figure 59: *Hôpital de Moudon.*

Agrandi en 1982, l'Hôpital de Moudon connaît une forte gériatrisation. La proportion de journées de lits C (gériatrie et malades chroniques) y est de 31% en 1985, 36% en 1990 et 45% en 1995. En quête d'un rapprochement avec les hôpitaux voisins, il entame des discussions avec les établissements de Billens, Châtel-Saint-Denis et Payerne. Il est transformé en EMS sur décision des autorités politiques vaudoises.

<sup>20</sup> Source: rapports annuels des établissements.

<sup>21</sup> Pour Château-d'Œx, chiffres pour les années 1981 et 1991.

des journées de gériatrie et de malades chroniques. A Moutier, elles passent de 9.5% des journées totales en 1990, année de l'ouverture du home, à 34.1% en 1998.

### *Revalorisation des soins à domicile et ambulatoires<sup>22</sup>*

L'explosion des coûts de la médecine hospitalière et la critique de l'hospitalocentrisme jouent en faveur d'une revalorisation des soins à domicile et ambulatoires, essentiellement dès les années 1980. Le maintien à domicile est alors apparu «souhaitable et largement justifié par une volonté de réappropriation de la maladie et de la fin de vie, par la prise de conscience des effets pervers d'une médecine perfectionniste, par une désillusion relative aux performances hospitalières, et devant l'anonymat de certaines institutions»<sup>23</sup>. Dans l'ensemble de la Suisse romande, on voit ainsi se développer des services de soins à domicile dans le cadre des services sociaux, ainsi que les soins ambulatoires et les hospitalisations de jour dans les établissements hospitaliers. En 2000, les patients non hospitalisés sont plus de 20'000 à l'Hôpital de Martigny. On retrouve cette même tendance dans les établissements psychiatriques.

Les cliniques privées adoptent la même politique d'hospitalisation de courte durée. La Clinique de Champel-Elysée ouverte à Genève en 1984 est spécialisée dans les hospitalisations de très courte durée.

### *Explosion des coûts*

Le financement de ce système hospitalier en pleine explosion est le principal problème à résoudre pour les collectivités publiques, qui en sont devenues les principaux bailleurs de fonds. L'objectif de maîtrise des coûts aboutit au début des années 1990 à une réorientation des plans hospitaliers cantonaux dans la direction de la mise en réseau des établissements de soins.

Au niveau suisse<sup>24</sup>, les dépenses globales des collectivités publiques (Confédération, cantons et communes) pour les établissements hospitaliers ont plus que doublé, passant de 4.9 milliards de francs en 1980 à 10.0 milliards en 1990. Comparée à l'ensemble des dépenses publiques, la part consacrée au système hospitalier reste pourtant stable, puisqu'elle

<sup>22</sup> Voir HAGMANN & FRAGNIÈRE 1997.

<sup>23</sup> HELLER 1997, pp. 23-24.

<sup>24</sup> Informations tirées de PIOTET 1993.

est de 10.3% en 1980 et 11.4% en 1990. L'essentiel est supporté par les cantons (72.15% en 1980 et 69.21% en 1990) et les communes (27.81% et 30.73%), alors que la Confédération est pratiquement absente (0.04% et 0.06%).

En chiffres absolus, on observe une gigantesque hausse des coûts d'exploitation des établissements de soins. Dans le canton de Fribourg, les dépenses pour le système hospitalier s'élèvent à 4.3 millions de francs en 1970 et à 50.5 millions en 1990. Pour la seule année 1990, l'Hôpital cantonal coûte 26 millions à l'Etat de Fribourg, 167 millions à celui de Vaud et 386 millions à Genève. En 2000, la subvention de l'Etat de Genève aux HUG se monte à plus de 621 millions de francs. En ce qui concerne les hôpitaux régionaux, la participation de l'Etat est tout aussi importante. Selon la convention de 1980 entre le GHRV et ses partenaires financiers, l'Etat donne une enveloppe budgétaire qui garantit aux hôpitaux 85% de leurs recettes budgétisées.

Quant aux communes, elles sont intégrées au financement des hôpitaux régionaux dans les derniers cas où elles ne l'étaient pas. Dans le canton de Fribourg, les communes de la Sarine se voient forcées dès 1982 à participer au financement de l'Hôpital cantonal qu'elles utilisent comme hôpital régional. Dans le canton de Neuchâtel, la question du sauvetage de l'Hôpital Pourtalès par la ville mène directement au problème de la participation des communes du Littoral à son financement, qu'elles acceptent en 1985, année durant laquelle le Grand Conseil étend la participation obligatoire des communes à l'ensemble du canton.

Enfin, les assurances-maladies deviennent un acteur financier primordial dès la fin des années 1970. Cette nouvelle prépondérance s'observe même par la fondation d'hôpitaux par les compagnies d'assurances, telle que la Clinique romande de réadaptation, ouverte à Sion par la SUVA en 1999.

Le système de santé suisse dans son ensemble est critiqué par certains économistes<sup>25</sup>. En comparaison internationale, il se caractériserait à la fin des années 1990 par un coût très important et de faibles rendements. La Suisse serait en 1998 le pays européen présentant les plus hautes dépenses sanitaires par habitant; le système de santé ne serait pourtant pas plus performant<sup>26</sup> que ceux d'Etats dont la dépense sanitaire par habitant est la

<sup>25</sup> DOMENIGHETTI & QUAGLIA 2001.

<sup>26</sup> La performance du système de santé est évaluée au moyen de divers indicateurs, tels que mortalité périnatale, mortalité évitable grâce aux interventions médicales (pneumonie, hypertension, cancer du col de l'utérus, etc.) et satisfaction de la population.

moitié plus faible<sup>27</sup>. On n'hésite plus à parler de la Suisse comme « du plus important shopping center sanitaire du monde »<sup>28</sup>.

### Vers la mise en réseau et la restructuration du système

Beaucoup plus que la permanence de leur croissance, ce sont leurs restructurations qui caractérisent les systèmes hospitaliers des années 1980 et 1990. En cela la crise économique des années 1970 et celle des finances publiques dans les années 1990 ont une incidence directe sur les hôpitaux, aussi bien publics que privés. Les quelques tentatives de résistance régionale à ces réaménagements se heurtent à une réelle volonté politique de maîtrise globale des systèmes hospitaliers.

#### *Nouvelle politique hospitalière*

C'est la question du coût des systèmes hospitaliers qui amène les différents Etats cantonaux à intervenir dans leur organisation. Cette intervention se fait en deux temps. Tout d'abord, on observe des aménagements visant à réduire les équipements subventionnés à double et un rapprochement entre établissements voisins. Ensuite, on entre dans une seconde phase qui remet beaucoup plus fondamentalement en question les systèmes hospitaliers, celle de la mise en réseau.

#### *Premiers aménagements (1975-1990)*

Dans un premier temps, le rapprochement, voire la fusion, entre hôpitaux voisins n'est pas intégrée à une politique globale de réorganisation du système hospitalier mais vise des économies d'échelle dans des régions décentralisées. C'est ce qui explique pour le canton de Vaud la signature d'un accord de principe sur la collaboration entre Château-d'Œx et Saanen (BE) en 1974 ou la fusion administrative des établissements d'Orbe et de Saint-Loup en 1984. Dans le même ordre d'idées, l'Etat vaudois remet en cause son aide à quelques hôpitaux particuliers au début des années 1980. On dénonce les conventions avec l'Infirmier de La Source (1982) et l'Hôpital de Vevey-Providence (1983) et l'on pri-

<sup>27</sup> Selon cette étude, les systèmes sanitaires les plus performants seraient ceux de Belgique, des Pays-Bas et de Suède.

<sup>28</sup> DOMENIGHETTI & QUAGLIA 2001, p. 10.

vative l'Infirmierie Contesse de Romainmôtier dont on fait un EMS (1982).

Une première rationalisation touche aussi le système hospitalier neuchâtelois dans le sens d'un rapprochement entre établissements voisins. En ville de Neuchâtel, la municipalité gère depuis 1971 l'Hôpital Pourtalès en plus de celui des Cadolles. On assiste à une véritable réorganisation de ces établissements au cours des années 1970, qui voit la concentration des services administratifs aux Cadolles (1975), le partage des compétences médicales (1977) et la fusion juridique (1980). Doublée d'une politique d'austérité (suppression de 80 postes de travail et baisse du nombre de lits de 500 à 425 en 1977), cette restructuration permet une diminution du déficit, qui chute de 7.3 millions de francs en 1976 à 4.0 millions en 1979. La situation est similaire dans le Val-de-Travers, où il existe deux hôpitaux généralistes distants de quelques kilomètres. Leur fusion administrative est demandée par le Grand Conseil en 1975, suite à la collaboration entre les deux conseils d'administration mise en place en 1972 et la concentration des deux maternités à Couvet (1973). Une commission unique de gestion est établie en 1978 et une fondation commune en 1983.

Dans le Valais, on observe un rapprochement entre l'Hôpital régional de Sierre et la Clinique Sainte-Claire. Ici, ce sont les difficultés financières de l'hôpital (déficit d'exploitation de plus de 730'000 francs en 1980) qui mènent la direction à chercher un rapprochement avec Sainte-Claire, elle-même désireuse d'abandonner les soins généraux et de se concentrer sur la gériatrie et les maladies chroniques. Malgré l'opposition de certains médecins et d'une partie des communes du district, on aboutit en 1985 à un accord entre les deux directions et à un partage des disciplines.

Enfin, il faut aborder le cas particulier du canton du Jura. Bien que cet Etat mette en place ses propres institutions à la fin des années 1970, aucune solution nouvelle et originale n'est envisagée dans la gestion du système hospitalier. Lors des débats de l'Assemblée constituante et du premier parlement (1976-1978), on assiste à un conflit classique entre une gauche désunie, demandant une étatisation plus ou moins aboutie du système, et une droite réticente, pour des raisons régionalistes et de défense de l'autonomie communale<sup>29</sup>. La loi sur les hôpitaux de 1978 ne fait que reprendre le texte bernois datant de 1973 : les hôpitaux sont gérés par les communes et reçoivent des subventions de l'Etat.

<sup>29</sup> Dans le canton de Berne, les hôpitaux sont gérés par des syndicats de communes et la droite demande la persistance de ce système.

*La mise en réseau du système hospitalier comme reflet d'une pensée unique*

Ces quelques aménagements ne suffisent pas à réduire les coûts de systèmes hospitaliers en pleine croissance et il faut envisager des solutions plus radicales. Celles-ci se concrétisent dans un climat intellectuel nouveau et largement dominant dès les années 1990, qui fait de la fusion et de la mise en réseau une réponse adéquate aux problèmes les plus divers. Les hôpitaux romands sont touchés de plein fouet par cette nouvelle idéologie.

Lorsque l'on s'intéresse aux différentes politiques sanitaires romandes et aux nouveaux plans hospitaliers adoptés au cours des années 1990, on remarque l'application d'un même modèle dans l'ensemble des cantons, celui de la mise en réseau et du partage des compétences entre les divers établissements d'une région. Dans la plupart des cas, on a recours à un même expert, le professeur Pierre Gilliard, qui applique son modèle dans les divers cantons (Fribourg 1994, Genève 1996, Valais 1998, Jura 1999). Le but déclaré de ces nouvelles planifications hospitalières est une réduction des coûts, rendue possible par une diminution de l'infrastructure médico-technique.



Figure 60: *Archives Université de Lausanne.*

Pierre Gilliard (né en 1936). Il réalise une thèse en sciences sociales sur les incidences du vieillissement de la population sur la planification hospitalière (1969) alors qu'il est collaborateur au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud. Il devient par la suite professeur aux universités de Genève et de Lausanne, ainsi qu'à l'IDHEAP.

D'autres chercheurs ont une conception diamétralement opposée de la planification hospitalière et refusent d'aborder le système hospitalier sous l'angle unique de son coût. C'est notamment le cas du géographe Antoine Bailly, professeur à l'Université de Genève, qui a mis au point une analyse

médicométrique au milieu des années 1980<sup>30</sup>. En insistant sur l'impact économique et spatial du système de santé, et particulièrement des hôpitaux régionaux, il montre que ces établissements participent à une politique de développement des régions périphériques, dans la continuité de la politique fédérale en la matière (LIM, arrêté Bonny, etc.) et que souvent ils rapportent plus qu'ils ne coûtent aux collectivités publiques. On applique notamment ce modèle dans le sud fribourgeois et le Jura bernois, pour démontrer que les établissements hospitaliers rapportent annuellement plusieurs millions de francs à ces régions<sup>31</sup>. Ces analyses constituent les principaux arguments des opposants à la restructuration des systèmes hospitaliers, mais ne sont pas prises en considération par les décideurs politiques.

#### *Restructurations et mises en réseau (années 1990)*

La mise en réseau des établissements de soins se caractérise tout d'abord par une centralisation administrative des diverses institutions de santé publique, issue des principes du «new public management» qui donne naissance au Service des Hospices dans le canton de Vaud (1992), aux Hôpitaux universitaires de Genève (1995), ainsi qu'au Centre de gestion hospitalière dans le canton du Jura (1994). Mais surtout, les années 1990 se distinguent par l'adoption de nouvelles politiques hospitalières aux effets très visibles sur le paysage hospitalier.

Le district n'est en effet plus une entité géographique adéquate pour les nouvelles politiques hospitalières en matière de coûts et de bassin de population. D'une manière générale, les autorités publiques dépassent l'échelle du district et renforcent des centres régionaux plus grands, parfois intercantonaux (Broye, Chablais, Pays-d'Enhaut), où l'on concentre les soins aigus et l'infrastructure de pointe. Les établissements périphériques de plus petite taille deviennent véritablement complémentaires de ces centres, dans la mesure où ils assurent la réadaptation des malades aigus et la prise en charge des malades chroniques.

Dans tous les cantons, on cherche à renforcer les établissements hospitaliers des quelques centres urbains, dans lesquels on concentre l'équipement médico-technique de pointe. A Lausanne, les hôpitaux orthopédique, ophtalmique et de l'enfance achèvent leur intégration au système

<sup>30</sup> Pour une vue synthétique de sa pensée, voir BAILLY & PÉRIAT 1995.

<sup>31</sup> Voir BAILLY & WIDMER 1997.

universitaire. Ces rapprochements commencent souvent par un partage de postes de médecins (Orthopédie 1978, Enfance 1992) et se poursuivent par la sortie de ces trois établissements du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois pour rejoindre les Hospices cantonaux (1997). Ce virage souligne le caractère universitaire de ces anciens hôpitaux philanthropiques. Depuis 1998, il n'existe plus qu'un seul service commun de pédiatrie pour le CHUV et l'Hôpital de l'Enfance, alors que l'Hôpital orthopédique noue dès la fin des années 1990 des liens avec le Laboratoire de génie médical de l'EPFL. Cette politique d'intégration des hôpitaux privés n'est toutefois possible qu'avec des institutions qui ont une masse critique minimum. L'ouverture d'une chaire de chirurgie plastique et reconstructive au CHUV en 1980 met un terme à une fructueuse collaboration avec la Clinique de Longeraie. C'est une grande reconnaissance pour le professeur Verdan et ses travaux, mais Longeraie perd son caractère universitaire. Elle reste tout de même une clinique au prestige international, ainsi qu'une permanence chirurgicale.

Ailleurs en Suisse romande, on observe une même tendance à la centralisation des équipements de soins aigus. Dans le canton de Neuchâtel, la nouvelle loi hospitalière de 1995 débouche sur la mise en réseau des établissements de soins et un recentrage des activités lourdes en équipement sur les sites de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel, alors que les anciens hôpitaux régionaux deviennent des lieux de soins plus légers, de convalescence et de prise en charge de malades chroniques.

On retrouve cette même structure dans les autres cantons. A Fribourg, la médecine aiguë est provisoirement centralisée à l'Hôpital cantonal de Bertigny, ainsi qu'à l'Hôpital de Riaz (1997), dans l'attente d'une décision concernant le nord-est du canton (établissements de Tavel et de Meyriez). Dans le canton du Jura, c'est l'Hôpital de Delémont qui a été choisi comme centre hospitalier principal (2001), avant que les autorités cantonales ne reviennent partiellement au statu quo (2002), alors que dans le Jura bernois on a fusionné les établissements de Moutier et de Saint-Imier (2000). En Valais, l'Hôpital de Sierre et la Clinique Sainte-Claire fusionnent et partagent leurs compétences en 1996. Enfin, dans le canton de Vaud, on assiste avec l'adoption des Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS) par le Grand Conseil en 1997 au regroupement des établissements hospitaliers en huit réseaux d'institutions de soins, dont trois intercantonaux, comprenant chacun au moins un hôpital de soins aigus ainsi que des institutions de traitement et de réadaptation.

Le secteur psychiatrique est aussi touché par ces vastes réorganisations. Dans le canton de Vaud, les Hospices cantonaux administrent directement depuis 1992 la plupart des institutions psychiatriques, organisées

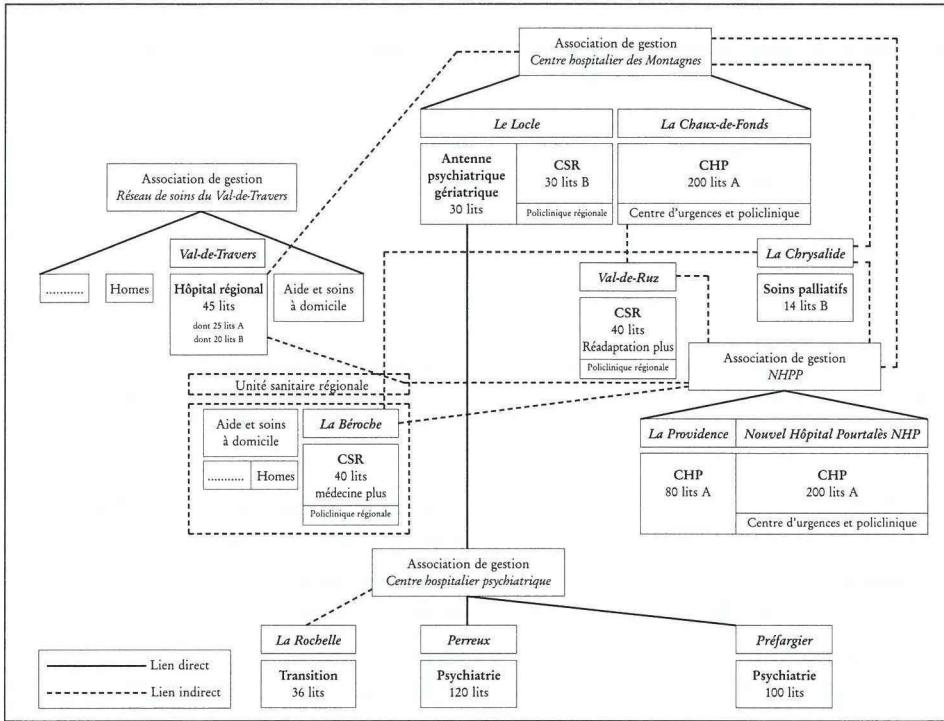


Figure 61: *Département de la Santé publique, Neuchâtel.*

La mise en réseau des institutions sanitaires du canton de Neuchâtel, selon la planification hospitalière de 1999.

en services hospitaliers (Gimel, Prangins, Yverdon et Cery) et policliniques, alors que la Riviera vaudoise est desservie par la Fondation de Nant, institution privée reconnue d'utilité publique.

*Les réseaux hospitaliers romands en 2002<sup>32</sup>.*

Nom du réseau	Date de création	Etablissements membres
Hôpital Riviera (VD)	1998	Hôpitaux de Vevey-Samaritain, de Montreux et de Mottex.
Hôpital du Chablais (VD-VS)	1998	Hôpitaux d'Aigle et de Monthey
Hôpital intercantonal de la Broye, HIB (VD-FR)	1999	Hôpitaux d'Estavayer et de Payerne

<sup>32</sup> Ce tableau a été réalisé grâce aux informations reçues de l'ADHER.

*Les réseaux hospitaliers romands en 2002 (suite).*

Nom du réseau	Date de création	Etablissements membres
Centre hospitalier Yverdon Chamblon, CHYC (VD)	1999	Hôpitaux d'Yverdon et de Chamblon
Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique, GHOL (VD)	1999	Hôpitaux de Nyon et de Rolle.
Ensemble hospitalier de La Côte (VD)	2000	Hôpitaux d'Aubonne, de La Côte et de Morges; EMS Les Pâquis et Nelly-de-Beausobre (Morges); Ecole de soins infirmiers de Morges.
RESHO (VD)	2000	Hôpitaux de Saint-Loup, d'Orbe et de la Vallée de Joux.
Hôpital du Jura bernois (BE)	2000	Hôpitaux de Moutier et de Saint-Imier
Hôpital du Sud fribourgeois (FR)	2000	Hôpitaux de Billens, de Châtel-St-Denis et de Riaz

*Résistances périphériques*

Les nouvelles politiques hospitalières et les volontés de mise en réseau entraînent des résistances au niveau local, qui parfois mettent en échec les plans des autorités sanitaires. C'est notamment le cas dans le canton de Fribourg, où les districts périphériques s'opposent à la politique gouvernementale. Une initiative est lancée en 1991 et est acceptée par le peuple en 1993, à 61.8% des votants, malgré une légère opposition en ville de Fribourg (51.6% de non), dans la Singine (51.5%) et dans la Gruyère (54.3%). Les autorités cantonales mandatent alors le professeur Gilliland qui propose la mise en réseau des hôpitaux régionaux et le développement de l'Hôpital cantonal (1995). De leur côté, les établissements de Billens et de Châtel, menacés par la politique cantonale, mandatent le professeur Antoine Bailly qui démontre que ces deux établissements rapportent plus qu'ils ne coûtent. En fin de compte, une nouvelle planification hospitalière prévoyant la mise en réseau est adoptée en 1997. La même année, le peuple accepte à 66.3% un crédit de 57 millions pour l'agrandissement de l'Hôpital cantonal, malgré l'opposition des districts périphériques.

A la même époque, on observe le rejet populaire d'un projet d'envergure intercantonal, le Réseau hospitalo-universitaire de la Suisse occiden-

tales (RHUSO)<sup>33</sup>. La volonté de mise en réseau des institutions de soins et d'économies d'échelles mène les cantons de Genève et de Vaud à mettre sur pied en 1990 un Bureau de coordination Vaud-Genève. On aboutit rapidement à la nécessité de réaliser un rapprochement des activités hospitalo-universitaires entre les deux cantons: 23 projets communs sont présentés, de même que la restructuration de trois services réunis sous un chapeau romand (histoire de la médecine, neurochirurgie et santé au travail). En 1996, les deux cantons vont plus loin et proposent la création du RHUSO, soit la fusion du CHUV et des HUG. Ce projet est accepté par les deux Grands Conseils en 1997. La même année, l'alliance de gauche de Genève lance un référendum et le RHUSO est rejeté par le peuple genevois en 1998, avec plus de 57% de non. Les rapprochements entre Vaud et Genève dans les domaines hospitalier et universitaire ne sont pas morts, mais fortement ralentis par cet échec.

Dans les cantons de Neuchâtel et de Vaud, les résistances régionalistes sont plus malchanceuses. Dans le premier cas, le Conseil d'Etat prévoit en 1992 la fermeture des maternités et des services de chirurgie dans les hôpitaux de la Béroche, du Locle et de Landeyeux. Ces trois établissements lancent alors deux initiatives cantonales demandant que ce soit le Grand Conseil, et non plus le gouvernement, qui décide de la planification hospitalière (1995). Ces initiatives recueillent plus de 16'000 signatures mais sont finalement déboutées par le Conseil d'Etat (1999)<sup>34</sup>. Dans le canton de Vaud, la situation est similaire. Opposés à la nouvelle politique gouvernementale qui prévoit la fermeture de certains services dans les régions périphériques, les hôpitaux de Château-d'Œx, de Moudon et de la Vallée déposent une initiative populaire demandant la même réforme que leurs collègues neuchâtelois. L'initiative est balayée en votation populaire (2000). Enfin, dans les cantons du Jura et du Valais, on assiste à une opposition systématique de la plupart des établissements à toute restructuration du système hospitalier.

**Pétition de la population d'Ajoie et du Clos-du-Doubs  
pour la sauvegarde d'un hôpital de soins aigus à Porrentruy (2001)**

«Le 9 octobre 2000, l'Assemblée générale de l'Association des Maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs en séance ordinaire, à Buix, a établi un rapport relatif à la réorganisation des sites hospitaliers à l'intention du Gouvernement. Ce rapport contenait les conclusions suivantes:

<sup>33</sup> Voir MUHEIM 1998 b.

<sup>34</sup> Qui en juge une irrecevable et l'autre déjà réalisée.

Les objectifs de rationalisation et d'économies fixés par l'Etat doivent être atteints sans céder aux thèses temporaires de la concentration ou de la centralisation. L'Assemblée générale de l'Association des Maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs de Porrentruy soutient une planification hospitalière raisonnée s'inspirant notamment des principes suivants :

1. Le maintien des prestations médicales et médico-techniques de base dans les deux hôpitaux régionaux, qu'il s'agisse de la médecine, de la chirurgie, de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie.
2. La centralisation équitable des prestations exigeant une masse critique établie, des connaissances médicales et soignantes spécifiques, un équipement médico-technique particulièrement coûteux, dans un souci de complémentarité.
3. La conclusion d'accords de collaboration avec un hôpital universitaire proche, pour la prise en charge de cas lourds.

[...] Au contraire, il apparaît à la lecture de différents articles de presse que le Département de la Santé, des Affaires sociales et de la Police aurait pris, après avoir consulté différents milieux intéressés, l'option de réorganiser les sites hospitaliers de la République et Canton du Jura de manière transitoire, dans un premier temps, et de créer, dans un moyen terme, voire long terme, un hôpital unique de soins aigus, dont l'implantation est prévue à Delémont.

[...] Les soussignés s'opposent à la création d'un hôpital unique de soins aigus [et] demandent au Gouvernement et au Parlement de la République et Canton du Jura de mettre en application le plan hospitalier du 9 décembre 1998, officialisant la notion d'hôpital multi-site et de garantir à tous les Jurassiens et Jurassiennes la même qualité de soins et la même sécurité sanitaire.»

*Association des Maires d'Ajoie et du Clos-du-Doubs, Pétition pour la sauvegarde d'un hôpital de soins aigus à Porrentruy, 29 juin 2001.*

Toutes ces résistances se distinguent par leur caractère conservatoire. Les régions périphériques disposent d'hôpitaux généralistes de haute qualité qu'elles désirent garder sous leur forme présente. A Moudon, alors que l'on débat de l'avenir de l'hôpital, on insiste sur « la nécessité de tout faire pour continuer dans la voie actuelle »<sup>35</sup>. Mais, dans quelques cas, on observe une réaction positive et volontariste à la mise en réseau et aux restructurations. Ainsi, à Rolle, les autorités hospitalières désirent s'éloigner

<sup>35</sup> ACV, QG 331, Rapport annuel de l'Hôpital de Moudon, 1994.

de la géiatriation en s'engageant dans un créneau particulier de la médecine. L'arrivée en 1991 d'un médecin spécialisé dans la pneumologie lance la maison vers cette branche à côté des activités traditionnelles chirurgicales (mais le bloc opératoire est fermé en 1993) et géiatriques. La pneumologie débouche sur des accords et des liens avec le CHUV (et sa division de pneumologie) dès 1991-1992 et les HUG (1995). A Sainte-Croix, le médecin-chef parle dès la fin des années 1970 de l'importance de « la lutte contre le nivellement par la géiatrie »<sup>36</sup>. Dans ce cas, c'est la mise en réseau des institutions socio-médicales à un niveau local, dans le cadre de l'Association des institutions de soins et de santé du Balcon du Jura (fusion de l'hôpital, de l'EMS et du centre médico-social), qui permettent le maintien d'une activité hospitalière dans le Jura vaudois. A Aubonne, on observe une même volonté de ne pas devenir un hôpital géiatrique dès la fin des années 1970. Alors que les autorités hospitalières voient dans l'option géiatrique une possibilité d'augmentation du taux d'occupation, les médecins préfèrent un hôpital généraliste ouvert. Mais l'Etat ordonne la fermeture de la maternité (1983), puis du bloc opératoire (1987). L'hôpital se cherche alors une spécialisation (1989-1991) dans l'onco-hématologie et la convalescence ciblée (maladies cardio-vasculaires et hernies discales). Enfin, quelques établissements se spécialisent dans les soins palliatifs au cours des années 1980 (Rive-Neuve à Villeneuve, Clinique Bois-Cerf à Lausanne, etc.).

### *Restructuration des cliniques privées*

Le gigantisme hospitalier et le sentiment de déshumanisation qu'il peut susciter deviennent un argument publicitaire en faveur des cliniques privées de taille généralement plus réduite. Ainsi, le Dr François Reverdin déclare lors de l'inauguration d'une nouvelle salle d'urologie dans le cadre de la Clinique générale Beaulieu en 1985 que les établissements privés sont « un réconfort, à l'heure où on a le sentiment que la médecine se déshumanise, où, dans le public, on entend souvent des gens se plaindre d'être traités comme des numéros dans ces immenses caravansérails que sont nos hôpitaux universitaires »<sup>37</sup>.

Les cliniques privées sont pourtant soumises à des problèmes de ressources identiques à ceux des hôpitaux publics. Des contingences financières mènent à la fermeture de services non rentables, comme les mater-

<sup>36</sup> BCU-Lausanne, Rapport annuel de l'Hôpital de Sainte-Croix, 1978, p. 8

<sup>37</sup> Clinique générale Beaulieu SA, Discours du Dr François Reverdin, 1<sup>er</sup> mars 1985.

nités des cliniques Garcia à Fribourg (1997) et Montchoisi à Lausanne (2000), ainsi que de cliniques comme celles de La Rosiaz à Pully (1999). Les cliniques privées obéissent aux lois de l'économie de marché et cherchent à se concentrer sur des niches particulièrement rentables (chirurgie plastique, procréation assistée, convalescence de luxe, équipement de haute technologie, etc.). Robert Bider, directeur du groupe Hirslanden<sup>38</sup> en 1990, affirme que la stratégie de sa société est de mettre à disposition des patients «une offre chirurgicale de qualité supérieure à la moyenne, une aide à la naissance, des services de médecine de pointe et de médecine intensive, des services de diagnostic hautement modernes et un accueil de première classe pour les patients»<sup>39</sup>.

On observe aussi dans de nombreux cas une profonde réorganisation, ainsi qu'une volonté de mise en réseau des diverses cliniques. La politique ambitieuse de l'American Medical International (AMI) se solde en 1990 par un échec. Elle remet quatre de ses établissements, dont la Clinique Cecil de Lausanne, entre les mains du groupe zurichois Hirslanden, détenu en majorité par l'Union de banques suisses (UBS)<sup>40</sup>. Un cinquième hôpital, la Clinique générale de Sion, est revendue à un groupe de médecins privés. Enfin, le groupe Hirslanden acquiert en 1998 la Clinique Bois-Cerf de Lausanne, dans le but avoué de rationaliser et de réorganiser la médecine hospitalière privée dans cette ville. En 2002, le groupe Hirslanden est vendu par l'UBS à la société britannique BC Partners Funds, qui possède la plus grande chaîne d'hôpitaux privés du Royaume-Uni.

A Genève, les années 1980 sont marquées par la fusion entre la Clinique générale et la Clinique Beaulieu (1981). Le nouvel établissement s'installe dans un bâtiment neuf en 1983 et y ouvre une maternité en 1995 pour occuper le vide laissé dans ce domaine par la fermeture de la Clinique de Bois-Gentil à la fin des années 1980 suite à un scandale financier. En 1998, la Générale-Beaulieu Holding SA rachète la Clinique de Champel-Elysée, fondée en 1984 et spécialisée dans les traitements ambulatoires et la fécondation in vitro. Sur la rive droite, on observe un même mouvement de concentration et de rationalisation des établissements médicaux privés. L'Hôpital de la Tour, ouvert à Meyrin en 1976, connaît rapidement des difficultés financières. Il est racheté en 1980 par une société américaine et intégré au Réseau de soins de la Tour, comprenant aussi la

<sup>38</sup> Il s'agit d'une société regroupant aujourd'hui une petite dizaine de cliniques privées en Suisse. Il appartient majoritairement à l'Union de banques suisses (UBS) et trouve son origine dans la Clinique Hirslanden de Zurich, reprise en 1944 par la Société de banques suisses (SBS, fusionnée avec l'UBS).

<sup>39</sup> *AGEFI*, 17 août 1990.

<sup>40</sup> Cette reprise nécessite une augmentation du capital-action du groupe Hirslanden, qui passe de 9 à 22.5 millions de francs en 1990. Source: *AGEFI*, 17 août 1990.

Clinique de Carouge, fondée en 1972, ainsi que d'autres établissements de soins (laboratoires, médecine sportive, chirurgie esthétique, etc.).

Ces diverses restructurations permettent aux groupes financiers qui les dirigent de voir l'avenir avec un peu plus de sérénité, d'autant plus que le Tribunal fédéral des assurances demande aux collectivités publiques de participer à l'hospitalisation en chambre privée et semi-privée (2001). Le groupe Hirslanden a même lancé en 2001 l'idée de créer en Suisse une Faculté privée de médecine, avec la collaboration de l'Université de Fribourg pour l'enseignement théorique et la mise à disposition des cliniques du groupe pour la formation pratique, mais les autorités cantonales fribourgeoises ont décidé d'abandonner le projet<sup>41</sup>.

## Conclusion

Les fusions et les mises en réseaux des établissements de soins n'ont jusqu'à ce jour pas remis fondamentalement en cause les différents systèmes hospitaliers. Malgré l'apparition d'obstacles financiers et politiques dans les années 1980 et 1990, la croissance est restée constante durant ces décennies.

D'une part, les diverses restructurations entreprises par les autorités publiques visent surtout à réduire la multiplication des équipements, et donc des coûts, dans le secteur des soins aux malades curables. Mais d'autre part, les hôpitaux s'ouvrent sur des domaines en plein développement et difficilement contrôlables. Il y a tout d'abord le secteur médico-social (soins à domicile, réadaptation, convalescence, etc.), promis à une rapide extension en raison du vieillissement de la population. Les mises en réseaux des systèmes hospitaliers favorisent une meilleure prise en charge de ces personnes par la mise à disposition d'hôpitaux déchargés des soins aigus. Ces restructurations permettent ainsi des économies d'échelle sur l'infrastructure médico-technique mais ne peuvent enrayer, pour des raisons démographiques, le développement de ce nouveau type d'hôpital.

Quant aux hôpitaux les plus importants, notamment les établissements universitaires de Genève et de Lausanne, ils s'ouvrent sur les sciences de la vie et approfondissent leurs liens avec la recherche scientifique. Or, celle-ci se réalise à un niveau international et la concurrence mondiale entre les divers établissements hospitaliers nécessite de lourds investissements permanents sur lesquels les autorités publiques, elles-mêmes désireuses de participer à cette compétition internationale, ne peuvent rien.

<sup>41</sup> Voir *Bulletin des médecins suisses*, 2001, vol. 5, p. 160 et *Le Temps*, 11 juillet 2002.

Enfin, la multiplication des acteurs intervenant dans les prises de décisions (Etat, assurances-maladies, médecins, industrie pharmaceutique, etc.) joue en défaveur de la réalisation d'une politique cohérente des hôpitaux, et plus largement de la santé, en Suisse. Alors que l'on dispose de moyens médicaux sans cesse perfectionnés, se pose aujourd'hui la question de l'accès des malades à cette offre de soins et de services<sup>42</sup>. Entre la persistance du modèle égalitaire, né dans le sillage de l'Etat social des Trente Glorieuses, et l'adoption d'une médecine privatisée, inspirée du libéralisme anglo-saxon, le choix est avant tout de nature politique.

---

<sup>42</sup> La question du rationnement des soins en certaines circonstances, pour des raisons économiques, n'est plus un tabou. Certains auteurs commencent à remettre en question la notion de droit d'accès aux soins. Voir la thèse de droit de STEFFEN 2002.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

# LES HÔPITAUX ROMANDS: UN PARCOURS SÉCULAIRE

Parvenu au terme de ce vaste survol, il convient de souligner les lignes de force qui sous-tendent l'histoire des systèmes hospitaliers en Suisse romande depuis la fin du Moyen Âge, et de mettre en évidence quelques ruptures importantes qui jalonnent leurs développements.

Le premier de ces moments charnière est le XVI<sup>e</sup> siècle, qui voit passer les hôpitaux de mains ecclésiastiques en mains laïques, avec la généralisation de leur municipalisation. Avec ce phénomène, l'hôpital devient un élément central des politiques de contrôle social des autorités urbaines, même si l'on n'assiste pas vraiment au « grand renfermement » conceptualisé par Foucault et repris par certains historiens<sup>1</sup>.

L'hôpital est pourtant bien, sous l'Ancien Régime, un lieu à partir duquel les hautes bourgeoisies locales assurent leur pouvoir sur la cité. Richement dotés, ces établissements ont une vocation sociale hétéroclite et les malades n'y occupent pas de place particulière. L'accueil et le traitement de malades dans des établissements spécifiques se font dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle dans des institutions qui se mettent en place à ce moment : seconde rupture.

Ce ne sont paradoxalement pas de grandes découvertes médicales qui sont à l'origine des hôpitaux fondés dans les années 1840-1860, mais plutôt une nouvelle conception de la question sociale. Les idées des Lumières, favorables à un traitement individualisé des populations indigentes

---

<sup>1</sup> Voir FOUCAULT 1972 et notamment DELAMARE 1990.

(malades, vieillards, orphelins, aliénés, etc.), se diffusent sur l'ensemble du continent.

En Suisse romande, les gouvernements radicaux émergeant des révolutions des années 1840 créent et soutiennent de nouveaux hôpitaux destinés aux seuls malades. La médecine est encore très légère en matière d'infrastructures médico-techniques et de personnel soignant, mais elle y occupe une place essentielle.

Le radicalisme n'est pourtant pas seul à donner de l'importance à l'hôpital médicalisé. Sur fond de démographie galopante, d'industrialisation et de développement de l'urbanisation, la question de l'encadrement des masses populaires devient un enjeu majeur des conflits politico-religieux et les élites conservatrices n'entendent pas abandonner le terrain hospitalier aux autorités radicales. La fondation d'hôpitaux prend une importance considérable dans la reconquête religieuse. En terre protestante, elle se fait dans le sillage du Réveil, avec l'intervention omniprésente des diaconesses et des anciennes élites aristocratiques. Dans les régions catholiques, ce sont souvent les congrégations religieuses qui s'activent dans ce domaine.

Toutes ces actions portent leurs fruits. Alors qu'on ne dénombre, dans l'ensemble de la Suisse romande, que sept hôpitaux accueillant des malades en 1840, ils sont déjà plus d'une trentaine en 1870. Les systèmes hospitaliers prennent forme et leur densité s'accroît, si bien qu'on trouve près de 80 hôpitaux en 1900. C'est alors qu'interviennent les médecins: troisième rupture.

Avant les années 1880-1890, les médecins sont relativement peu présents dans les hôpitaux, à l'exception des établissements cantonaux de Genève et de Lausanne. C'est généralement leur pratique privée qui les fait vivre et ils considèrent leur travail en milieu hospitalier comme un geste charitable. Dans les dernières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, l'intervention des médecins se fait à deux niveaux.

Il y a tout d'abord des facteurs objectifs dont il faut tenir compte, c'est-à-dire les progrès importants de la science médicale dans ces années. Quelques innovations majeures, comme la narcose (1846), l'antisepsie (années 1870), l'asepsie (années 1890) et les rayons X (1895), révolutionnent la médecine hospitalière, et en particulier la pratique chirurgicale. Il devient alors nécessaire d'agrandir les hôpitaux pour y aménager cette nouvelle infrastructure technique et pour répondre à la croissance des hospitalisations qu'engendrent les progrès de la médecine.

Mais il faut aussi prendre en considération toute une série de facteurs moins objectifs, liés à la pratique médicale. En effet, l'ouverture de facultés de médecine à Genève (1876) puis à Lausanne (1890), ainsi que l'adop-

tion d'une loi fédérale sur le libre établissement du personnel médical (1877), favorisent la hausse du nombre de médecins et leur circulation. Or, les développements de leur discipline nécessitent l'accès aux nouvelles infrastructures médico-techniques. Certains médecins organisent des cliniques privées, essentiellement dans les centres urbains, mais la grande majorité des praticiens utilisent l'équipement hospitalier (rayons X, salles d'opérations, laboratoires d'analyses, etc.) pour leur propre usage. Dès lors, les médecins sont les principaux acteurs du développement des hôpitaux. La croissance requiert bientôt de profonds changements au niveau de l'organisation et de la gestion qui aboutissent à une quatrième rupture: ces restructurations transforment les hôpitaux en de véritables entreprises dès les années 1930.

Les réaménagements de l'Entre-deux-guerres permettent ainsi à deux nouveaux pouvoirs de s'affirmer dans les hôpitaux: celui des médecins et celui des administrateurs professionnels. Le premier se situe dans la continuité des développements médico-techniques et de la hausse du nombre de praticiens à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Organisés en de puissants lobbies, les médecins revendiquent et obtiennent généralement le libre accès aux infrastructures hospitalières, ainsi que la création successive de services autonomes pour les diverses spécialités médicales (ORL, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie, etc.).

Quant aux professionnels de la gestion administrative, déjà présents dans les grands hôpitaux urbains à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, ils tendent à prendre en main la direction non médicale des établissements jusque-là laissée en grande partie à des religieuses. Ils rationalisent l'organisation interne et adoptent de nouvelles méthodes comptables. Ces innovations administratives sont censées apporter une maîtrise de la croissance. Mais la généralisation d'une gestion professionnalisée dans l'ensemble des établissements hospitaliers permet d'abord aux collectivités publiques, principaux bailleurs de fonds, de s'appuyer sur ce système hospitalier extrêmement dense afin de diffuser les innovations médico-techniques sans cesse renouvelées que demande le corps médical. En évacuant le problème du coût de cette croissance tous azimuts, les Trente Glorieuses débouchent sur une multitude d'établissements généralistes très bien équipés, mais fortement déficitaires. Durant les années 1990, la crise des finances publiques oblige les autorités politiques à intervenir dans les systèmes hospitaliers. Il en résulte des programmes de mise en réseau des établissements et de partage des compétences, actuellement en voie de réalisation. Cette nouvelle politique hospitalière bouleverse la population et le corps médical qui s'étaient habitués à un développement purement quantitatif des institutions de soins dès les années 1930.

Aussi, on peut se demander si l'on n'est pas en train de vivre une nouvelle phase de rupture dans l'histoire des hôpitaux.

On assiste en effet à une redistribution spatiale des équipements, mais il est peu probable que celle-ci affecte la croissance des systèmes hospitaliers dans leur ensemble. Ainsi, on évoque par exemple la construction de grands établissements intercantonaux dans les régions Chablais-Riviera et Jura-Jura bernois comme des solutions envisageables à moyen terme. Cette nouvelle politique vise une concentration des infrastructures de pointe, et donc des investissements financiers dans quelques hôpitaux afin d'assurer la permanence de la croissance. L'objectif est finalement de permettre à la population d'avoir accès à des soins de très haute qualité, alors même que les systèmes hospitaliers n'auraient une incidence paradoxalement que secondaire sur son état de santé<sup>2</sup>. Enfin, il s'agit de mettre ces outils de travail à disposition d'un corps médical qui connaît une fulgurante explosion dès les années 1970<sup>3</sup>. Le professeur Pierre Decker déclarait déjà en 1953 que l'explosion des systèmes hospitaliers était « la conséquence inévitable de la pléthore médicale »<sup>4</sup>. A l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, cette affirmation reste d'une criante actualité.

---

<sup>2</sup> Plusieurs auteurs émettent l'hypothèse que les conditions de vie et les comportements influencent de manière primordiale l'état de santé d'une population. Voir SAURER 1989, notamment pp. 57-94.

<sup>3</sup> Le nombre total de médecins praticiens en activité dans toute la Suisse est d'environ 2'000 en 1900, puis 4'041 en 1950, 5'508 en 1970 et 13'935 en 2000. Par rapport au nombre d'habitants, on est passé d'environ 1'600 malades par médecin en 1900, 1'150 en 1950, 1'130 en 1970 et 517 en 2000. Chiffres communiqués par la FMH, sauf pour 1900 où ils sont calculés à partir des données citées par BOSSON 1998, p. 22.

<sup>4</sup> AEF, DSPa 229, Lettre de Pierre Decker au conseiller d'Etat Paul Torche, 31 janvier 1953.

## POSTFACE

A notre ami André Golaz

Comment refermer ce livre sans avoir une pensée émue pour ce grand hospitalier vaudois, aujourd'hui disparu, sans lequel cet ouvrage n'aurait sans doute pas vu le jour. C'est en effet notre collègue André Golaz, Directeur honoraire de l'Hôpital de Zone de Morges, qui a imaginé un jour de mettre sur pied cette recherche historique. Sa formation française à l'Ecole Nationale de Rennes, la première véritablement spécifique pour un directeur d'établissement hospitalier suisse, et les nombreux contacts qu'il y avait tissés, ne sont certainement pas étrangers à son intérêt pour l'histoire hospitalière.

C'est au début des années quatre-vingt, alors jeune hospitalier, que j'ai eu la chance de rencontrer André Golaz. Préparant une maîtrise en gestion hospitalière, j'étais chargé d'un domaine encore peu exploré dans notre pays, « l'Histoire de l'Hôpital ». Il m'offrit spontanément son appui et me confia un ouvrage de Jean Imbert, hélas épuisé, sur « l'Histoire des Hôpitaux en France »<sup>1</sup>, car il n'en existait pas sur celle de nos hôpitaux romands. De cette sensibilité commune et de notre intérêt partagé pour le patrimoine hospitalier est né un groupe de travail de l'Association des Directeurs des Etablissements Hospitaliers Romands (ADEHR), que nous avons conjointement animé et que j'ai eu l'honneur de présider. L'argent étant nécessaire à toute entreprise, nous avons consacré près de deux ans à une première recherche de fonds avant de nous adjoindre les compétences scientifiques nécessaires, compétences que nous avons trouvées auprès de M<sup>me</sup> Geneviève Heller et du Professeur Vincent Barras, dans le cadre de l'Institut Universitaire Romand d'Histoire de la Médecine et de la Santé des Universités de Genève et Lausanne, que ce dernier dirige.

---

<sup>1</sup> Jean Imbert (dir.), *Histoire des Hôpitaux en France*, Privat, Toulouse, 1982.

La qualité de l'ouvrage réalisé démontre à la fois la justesse de ce choix et la pertinence de l'engagement d'un jeune historien, M. Pierre-Yves Donzé, qui a parfaitement rempli son mandat. Il a su dresser une large fresque historique qui couvre une vaste période tout en traversant l'ensemble des cantons romands et les différents types d'établissements hospitaliers, sans oublier de mettre en évidence les événements clés ainsi que les grandes tendances qui ont dessiné le monde hospitalier.

Certains regretteront peut-être de ne pas y retrouver la place qu'aurait mérité l'histoire de leur établissement mais, vu leur nombre, l'ouvrage aurait pris des proportions dissuasives pour le lecteur. D'autres estimeront peut-être aussi que le chapitre consacré aux dernières restructurations n'est pas assez exhaustif et que l'importance des changements intervenus a été sous-estimée. Il faut se rappeler ici que l'historien, confronté aux événements récents, fait souvent preuve de réserve ou de prudence et que ces événements, aussi marquants qu'ils soient pour les gestionnaires d'aujourd'hui, ne forment encore qu'un ruisseau dans le long fleuve de l'histoire. Il convient néanmoins de mettre en évidence que les restructurations intervenues ces cinq dernières années dans de nombreux cantons constituent un des événements phares dont la portée générale, mais plus encore culturelle, va bien au-delà d'une simple pensée unique.

Il est également intéressant de relever les réactions antagonistes des Hôpitaux et de leur région face à ces changements : d'une part celles d'une opposition systématique relevant tant des institutions elles-mêmes que des autorités politiques, et d'autre part celles volontaristes où le dynamisme et le « génie local » se sont rapidement conjugués à la volonté des autorités cantonales ou communales. Parmi celles-ci, on relèvera l'Hôpital Riviera (Montreux, Vevey, Blonay), en 1998 ; le GHOL, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (Nyon et Rolle), en 1999 ; le CHYC, Centre Hospitalier Yverdon-Chamblon, en 1999 ; l'Hôpital du Jura Bernois (Moutier et St-Imier), en 2000 ; l'Hôpital du Sud Fribourgeois (Billens, Châtel-St-Denis, Riaz), en 2000 ; le resHO, Réseau Hospitalier St-Loup, Orbe, La Vallée, en 2000 ; l'EHC, Ensemble Hospitalier de la Côte (Morges, Aubonne, Gilly), en 2000.

D'autres ont en plus réussi « l'exploit au sens de la LAMal » de dépasser les frontières cantonales : l'HIB, Hôpital Intercantonal de la Broye (Payerne-Estavayer), qui peut se prévaloir d'avoir été le premier à ouvrir les négociations Vaud-Fribourg en 1992 mais qui n'a signé une convention intercantonale qu'en janvier 1998. La Fondation de l'HIB date du 1<sup>er</sup> avril 1999. L'HDC, Hôpital du Chablais (Aigle-Monthey), peut lui, par contre, revendiquer d'avoir été, grâce à la rapidité des négociations Vaud-Valais, le premier hôpital intercantonal de notre pays en mars 1998 (début des négociations en janvier 1997, signature d'une convention Vaud-Valais

en octobre 1997 et fusion en mars 1998). Dans le même temps, ce phénomène touche le monde des cliniques privées genevoises et vaudoises, qui n'échappent pas à ces mutations.

Si ces importantes restructurations préfigurent sûrement le réseau hospitalier du XXI<sup>e</sup> siècle, elles témoignent à n'en pas douter d'un profond changement culturel intervenu au cœur de ces établissements hospitaliers qui dépasse assez largement la simple réponse aux contraintes économiques. Il s'agit d'un renouveau dans les valeurs de ces hôpitaux où l'intégration au sein d'un réseau ou d'une filière de soins prend le pas sur le seul développement institutionnel.

Cette période aura également vu de profonds bouleversements dans les structures de gestion de nos hôpitaux, avec l'émergence de directeurs généraux auxquels sont rattachés des directeurs médicaux, qui constituent un des premiers maillons d'une hiérarchisation du corps médical des établissements non-universitaires. Parallèlement, elle aura aussi vu émerger les directions des soins infirmiers, qui remplacent les infirmières-chefes générales et contribuent ainsi à l'indispensable reconnaissance culturelle et institutionnelle de leurs fonctions.

C'est un des nombreux changements que l'ADEHR a su accompagner, en étant un fertile terrain d'échanges d'expériences entre les directions sur les plans romand, national, voire international. Cela fait maintenant 30 ans que cette association, née en 1973, est active et qu'elle fait progresser la gestion hospitalière en s'intéressant à de multiples domaines comme le financement des hôpitaux, la formation continue, les ressources humaines, les approvisionnements hospitaliers ou encore le rôle et le métier de directeur d'hôpital par exemple. Ce métier s'est d'ailleurs profondément modifié au fil du XX<sup>e</sup> siècle avec le passage rapide de nos établissements hospitaliers d'une économie familiale à une économie d'entreprise.

Si l'hôpital a été, durant toutes les époques qu'il a traversées, le miroir de son environnement social, politique, économique ou culturel, il bénéficiait par le passé d'un certain décalage, privilège propice à la stabilité et à la réflexion (havre de paix pendant les guerres ou objet de soutien malgré les crises financières...). Ce n'est bien sûr plus le cas aujourd'hui, où l'on a désacralisé l'hôpital au même titre que la médecine. En sonnant le glas de la croissance, le début des années 90 aura marqué un tournant spectaculaire dans le monde hospitalier. S'il poursuit infailliblement son développement, il ne le fait plus dans la même sérénité, car il est confronté depuis à des programmes d'économies budgétaires sans précédent, souvent aussi ambitieux que répétitifs.

Procéder au continuel ajustement de ressources en stagnation avec des besoins en pleine expansion constitue bien le premier défi que les hospita-

liers de notre époque doivent relever, mais assurément pas la dernière contradiction. Jamais véritablement sorti de sa vocation primitive d'accueil, le devrait-il ou le pourrait-il d'ailleurs, encore hésitant face à un avenir de haute technologie, l'hôpital se trouve actuellement dans une situation paradoxale: jamais il n'a prodigué des soins et des traitements aussi performants que novateurs, et jamais il n'a été la cible d'autant de critiques des utilisateurs, des médias, des assureurs et des politiques. La machine hospitalière s'est-elle emballée, le système, prisonnier de ses lourdeurs, a-t-il atteint ses limites, ou ne s'agit-il que des premiers effets secondaires d'une culture de la transparence qui s'installe peu à peu et met en évidence tant les activités non performantes que l'impossible dispersion des moyens qu'elles engendrent ?

Certes, nos établissements sont toujours globalement performants et assurent aujourd'hui des soins d'une grande qualité, mais pour éviter leur déclin programmé un ensemble de réformes structurelles est indispensable. En premier lieu, celle du réseau hospitalier, mais plus encore celle de son organisation et de son financement. Ces réformes atteindront mieux leur but si elles prennent en compte le maintien de l'autonomie des établissements qui offre une plus grande souplesse de gestion et si elles impliquent véritablement l'ensemble des professionnels hospitaliers, en particulier le corps médical pour lequel il importe de retrouver un rôle et de lui permettre de reprendre une confiance quelque peu érodée.

Nombreux sont les défis qui attendent dans un futur proche les hôpitaux et leurs autorités de tutelle. Relevons parmi ceux-ci :

- Conserver à tous l'accès à une médecine de qualité par le maintien d'une solidarité qui constitue un des principes fédérateurs de base d'un Etat moderne, tout en étant capable d'apporter les réponses tant qualitatives que quantitatives au vieillissement sans précédent de notre population;
- Anticiper les besoins de demain et intégrer les formidables innovations technologiques déjà en marche en trouvant un juste équilibre entre proximité des soins de base et centralisation de la haute technologie;
- Répondre aux exigences de plus en plus élevées des patients, de plus en plus clients des institutions hospitalières, en gérant les aspirations contradictoires du citoyen-patient, du citoyen-assuré ou du citoyen-contribuable;
- Inventer l'hôpital en réseau, le réseau hospitalier et le réseau de soins en réussissant enfin le mariage entre médecine de ville et médecine hospitalière;

- Réussir le passage progressif vers un financement par prestations ou activités, tout en assurant parallèlement celui des missions de service public, tels que permanence des soins, urgences, formation ou universalité de l'accès aux soins, afin de garantir une concurrence équilibrée entre hôpitaux et cliniques privées, tout en les intégrant dans une véritable planification de l'offre hospitalière;
- Favoriser l'émergence d'un patient plus actif et plus participatif dans le système de soins en acceptant ses exigences croissantes de qualité et de sécurité;
- Faire face à une pénurie endémique de personnel infirmier, accentuée par le tarissement progressif des sources de recrutement habituelles dans les pays francophones, et répondre aux formidables besoins de reconnaissance et d'intégration des personnels infirmiers et médico-techniques;
- Maîtriser la délicate alchimie entre la légitime approche universitaire de la profession infirmière dans la filière HES et l'indispensable proximité du lit du patient;
- Intégrer l'évolution extraordinairement rapide de la médecine, sa constante et morcelante spécialisation et réinventer l'organisation médicale de l'hôpital en la recentrant sur le patient et en pensant en termes de filières plus que de services;
- Décloisonner l'hôpital universitaire en y associant les acteurs de futurs centres hospitaliers régionaux intégrés dans les cliniques universitaires, tout en apportant des réponses organisationnelles et incitatives à une démographie médicale de plus en plus défavorable;
- Concilier la liberté thérapeutique et les contraintes économiques de plus en plus grandes;
- Eviter l'importation de solutions « prêtes à l'emploi » qui ont déjà montré leurs limites, et résister enfin aux sirènes d'un néo-libéralisme sauvage qui prescrit la concurrence comme ultime remède.

Quelle que soit l'étendue et l'importance des difficultés que va connaître le monde hospitalier, la qualité conjugée à la motivation des professionnels qui le composent lui permettront une nouvelle fois de trouver les meilleures solutions dans le respect d'une éthique à laquelle il est particulièrement attaché. Il importe de conserver à ce métier d'hospitalier, qui n'est plus une vocation, sa fierté et sa finalité première « celle d'hommes et de femmes au service de leur prochain ».

Mais laissons ici les défis qui se profilent et revenons au sens de notre démarche. Il nous est en effet apparu utile, dans une perspective culturelle et de conservation du patrimoine hospitalier, de documenter les principaux changements qui ont façonné nos hôpitaux. Si nous pensons avoir atteint cet objectif, nous espérons avoir suscité un double intérêt, d'une part celui des historiens pour qu'ils poursuivent l'étude de la riche histoire hospitalière romande et d'autre part celui de l'ensemble des acteurs de la santé, en particulier les professionnels hospitaliers, afin qu'ils gardent leurs racines en mémoire et que les traces de leur passé éclairent quelque peu les questions qu'ils se posent aujourd'hui.

*Pierre Loison*

Président du groupe de travail de l'ADEHR  
Histoire des établissements hospitaliers\*

- \* Ce groupe de travail était composé de Pierre Loison, Directeur général de l'Hôpital du Chablais, André Golaz †, Directeur honoraire de l'Hôpital de zone de Morges, Francis Kolly, ancien Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens et Henri Pingeon, ancien Directeur de l'Hôpital du district de Courtelary.

## LISTE DES DONATEURS

Tant les recherches historiques nécessaires à sa rédaction que l'édition de cet ouvrage n'auraient été possibles sans le large soutien financier des partenaires suivants :

Société	Localité
ADEHR, Association des Directeurs des Etablissements Hospitaliers Romands	Moutier
AGTATEC AG	Fehraltorf
Applimed SA	Châtel-Saint-Denis
Aprime	Ittigen
Aquaplus Service	Chézard-Saint-Martin
Arcomed AG	Regensdorf
Arrighi Alberto successore a Fontana-Bottinelli G. SA	Lugano
Asile des Aveugles	Lausanne
Association des Directeurs de l'Est Vaudois	Aigle
ASEGH, Association suisse des Experts en Gestion hospitalière diplômés	Cugy
Association vaudoise des Cliniques privées	Lausanne
Association vinicole d'Aigle	Aigle
ATN Diffusion LPF SA	Châtel/Montsalvens
Bâloise Assurances	Vevey
Bat 2000 SA, fenêtres synthétiques	Martigny
Berdoz SA	Grandvaux
Betelec SA, bureau d'ingénieurs - conseils en électricité	Lausanne
Bioren SA	Couvet
Biotop 2000 SA	Ecublens
Blanc Marcel & Cie SA	Le Mont-sur-Lausanne
Boulangerie du Village, M. L. Dubois	Leysin
BSS Thermo-Bettwaren AG	Stein am Rhein
CADES, Centrale d'Achats Des Etablissements Sanitaires	Crissier

Carbamed	Liebfeld-Berne
CCTB	Vevey
Centre de soins et de santé communautaire de Sainte-Croix	Sainte-Croix
Centre jurassien de réadaptation cardiovasculaire	Le Noirmont
Christ AG	Aesch
CHUV, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois	Lausanne
CHYC, Centre Hospitalier Yverdon-Chamblon	Yverdon-les-Bains
Clerc Transports SA	Monthey
Clinique Cecil	Lausanne
Clinique de Champel Elysée	Genève
Clinique Générale-Beaulieu	Genève
Clinique la Colline	Genève
Clinique La Source	Lausanne
Clinique des Grangettes	Chêne-Bougeries
Clinique Miremont	Leysin
Clinique Romande de Réadaptation (SuvaCare)	Sion
Clinique Saint-Amé	Saint-Maurice
Cliniques genevoises de Joli-Mont et de Montana	Genève
Colombara SA, entreprise de gypserie-peinture	Monthey
Constantin Isolations SA	Sion
CPA SA	Etagnières
Croix-Rouge Suisse, Formation professionnelle	Wabern
CSS Assurance	Lucerne
Culligan Léman	Romanel-sur-Lausanne
Curmed AG	Ostermundigen-Bern
CVP, Centre Valaisan de Pneumologie	Montana-Vermaila
Cypa Laboratoire de cytologie de pathologie cliniques SA	Lausanne
Deltamed-Erbe AG	Zürich
Département de l'Action Sociale et de la Santé, République et Canton de Genève	Genève
Département de l'Education, de la Culture et du Sport, Etat du Valais	Sion
Département de la Santé et de l'Action Sociale, Canton de Vaud	Lausanne
Département de la Santé, des Affaires Sociales et de l'Energie, Etat du Valais	Sion
Département de la Santé, des Affaires Sociales et de la Police, République et Canton du Jura	Delémont
SEVA, Société Coopérative de Loterie, Canton de Berne	Bern
Destex SA	Morges
Duplirex, l'espace bureautique	Martigny
M <sup>e</sup> Jean-Paul Duroux	Saint-Maurice
Ecole La Source, Ecole romande de soins infirmiers de la Croix Rouge Suisse	Lausanne
Ela Médical SA	Lausanne

Elcotherm AG	Vilters
Ensemble hospitalier de la Côte	Morges
Erne Consulting AG	Bern
EROS Montreal	Canada
FHV, Fédération des Hôpitaux Vaudois	Prilly
FISP, Fondation Interprofessionnelle Sanitaire de Prévoyance	Lausanne
Fondation Hôpital Jules Daler	Fribourg
Fondation Plein-Soleil, foyer pour handicapés physiques	Lausanne
Fondation Rive Neuve	Villeneuve
Framed Médical	Conthey
Froid et Climatisation, Conti Luigi	Sion
Fromages Chaudron SA	Muraz
Galetto-Sauthier Robert, Commerce de volailles	Saxon
Galenica AG	Ecublens
Galexis AG	Schönbühl
GEHVAL, Groupement des Etablissements Hospitaliers Valaisans	Sierre
Geneux Dancet SA	Meyrin
GHOL, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique SA	Nyon
GMP SA	Renens
Grangier André et Stéphane	Vevey
H+ Formation	Cully
Handels Gemmet AG	Brig-GLIS
Hôpital cantonal Fribourg	Fribourg
Hôpital de La Chaux-de-Fonds	La Chaux-de-Fonds
Hôpital de la Providence	Vevey
Hôpital de la Providence	Neuchâtel
Hôpital de la Tour	Meyrin
Hôpital de Lavaux	Cully
Hôpital du Locle	Le Locle
Hôpital de l'Enfance	Lausanne
Hôpital de Prangins	Prangins
Les Hôpitaux de la Ville de Neuchâtel, Cadolles et Pourtalès	Neuchâtel
Hôpital du Chablais	Aigle
Hôpital du Jura Bernois SA	Moutier
Hôpital du Pays d'Enhaut	Château-d'Oex
Hôpital du Sud Fribourgeois	Riaz
Hôpital du Val-de-Ruz	Fontaines
Hôpital et Maternité de la Béroche	Saint-Aubin-Sauges
Hôpital intercantonal de la Broye	Payenne
Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande	Lausanne
Hôpital psychiatrique cantonal	Marsens
Hôpital régional de Martigny	Martigny
Hôpital régional de Sierre-Loèche	Sierre

Hôpital régional Sion-Hérens-Conthey	Sion
Hôpital Riviera	Vevey
Hospices cantonaux	Lausanne
HPR SA	Carouge
Huber Hans AG	Bern
HUG, Hôpitaux Universitaires de Genève	Genève
IBA SA	Bolligen
ICHV, Institut Central des Hôpitaux Valaisans	Sion
Indermitte Alfred	Villeneuve
INR SA	Moutier
Institution de Lavigny	Lavigny
Institution hospitalière Mon Repos	La Neuveville
IPVR, Institutions Psychiatriques du Valais Romand	Monthey
ISS Hospital Service SA	Meyrin
JGS Just Global Services & Hospital Quality Management SA	Randogne
Kelly Services (Suisse) SA	Neuchâtel
Klopfenstein René, entreprise de carrelage	Aigle
Küpfer & Fils SA	Bex
Kurmann et Cretton SA, bureau d'ingénieurs civils	Monthey
Laboratoire Immunosä SA	Lausanne
Laboratoires D' G. Bichsel SA	Interlaken
Les Blanchisseries générales LBG SA	Chailly-Montreux
Maison de santé de Préfargier	Marin
Masset André SA	Le Mont-sur-Lausanne
Ascenseurs Menetrey SA	Romont
Métraux Gilbert et Lisette	Crissier
Michel SA, fabrique de stores	Sion
Mölnlycke Health Care SA	Regensdorf-Watt
Naville SA	Carouge
Novartis	Nyon
Nussbaum R. AG	Olten
Nycomed AG	Wädenswil
Oberwalliser Kreisspital Brig	Brigue
Olympus Optical (Suisse) SA	Schwerzenbach
OPO Oeschger	Kloten
Pacovis AG	Stetten
Pam's R. Raynaud	Aire
Payot SA	Lausanne
Philips AG	Zürich
Philips Medical System AG	Gland
PMU, Policlinique Médicale Universitaire	Lausanne

Procamed AG	Elgg
Prochimie SA	Avenches
Prodague SA	Essert-sur-Champvent
Recatec SA	Etagnières
Regionalspital Santa Maria	Visp
resHO, Réseau de Soins Hospitaliers Saint-Loup Orbe La Vallée	Pompaples
Roduit Robert & Fils SA, primeurs	Le Mont-sur-Lausanne
Rohrer José	Cugy
Ruchet Pascal	Leysin
Sanpac SA, manufacture de papiers	Daillens
SCA Hygiène products	Regensdorf
Schulthess Maschinen AG	Wolfhausen
Schweizer automatik pool	Zürich
Sécuritas SA	Lausanne
Semadeni AG	Ostermundigen
Service Sols Sàrl – M. Francis Maire	Ollon
Star Ambulances Sàrl	Epalinges
Sulzer Orthopaedie (Suisse) SA	Muesingen
Swisscom AG	Bern
Taxi Monmon	Monthey
Technicongrès Martano SA	Brent
TST Transports Secours Transmission SA	Neuchâtel
3 M (Schweiz) AG	Rüschlikon
Tyco Healthcare Switzerland ltd	Wollerau
Unifroid SA	Cugy
Van Baerle & Cie SA	Münchenstein
Vaudoise Assurances	Lausanne
Vincent Pierre SA, atelier d'architecture	Montreux
Vogel Vins SA	Grandvaux
Weita AG	Arlesheim
Wemas sàrl	Tramelan
Wieland + Oertli AG	Illnau
Winterthur Assurances	Lausanne
Zürich Assurances	Lausanne
Zweili Beat	Penthalaz

*Nous tenons à les remercier chaleureusement de leur appui.*

## BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Cette bibliographie ne contient en principe que les ouvrages et articles cités en note. Elle ne saurait en aucun cas être exhaustive.

- ACKERNECHT 1986. Ackernecht, Erwin, *La médecine hospitalière à Paris, 1794-1848*, Paris, Payot, 1986.
- ADEHR 1993. ADEHR. *Association des directeurs des établissements hospitaliers de Suisse romande. 20<sup>e</sup> anniversaire*, Saignelégier, ADEHR, 1993.
- ALTERMATT 1994. Altermatt, Urs, *Le Catholicisme au défi de la modernité: l'histoire sociale des catholiques suisses aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, Lausanne, Payot, 1994.
- ANEX-CABANIS 1985. Anex-Cabanis, Danièle, «Des hôpitaux médiévaux à l'Hôpital général de Genève», dans: LESCAZE 1985 a, pp. 1-20.
- AUSTRUY 1988. Austruy, Ph. e.a., «La multinationalisation de l'industrie hospitalière. Eviter la pénétration trop importante des conglomérats étrangers par l'amélioration de l'organisation hospitalière», dans: *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, 38, 1988, pp. 115-121.
- BAILLY & PÉRIAT 1995. Bailly, Antoine & Périat, Michel, *Médecimétrie: une nouvelle approche de la santé*, Paris, Economica, 1995.
- BAILLY & WIDMER 1997. Bailly, Antoine & Widmer, Gérard, «Une nouvelle approche pour la planification hospitalière: la conception medicométrique», dans: *Revue d'économie régionale et urbaine*, 5, 1997, pp. 817-828.
- BARRAS 1994. Barras, Vincent, «Histoire d'une station climatérique, Montana, canton du Valais», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1994, pp. 361-371.
- BERTHOUD 1961. Berthoud, Dorette, *L'Hôpital Pourtalès, 1811-1961*, Neuchâtel, Messeiller, 1961.
- BERTRAND 1939. Bertrand, J.-B., «Notes sur la santé publique et la médecine en Valais jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle», dans: *Annales valaisannes*, 1939, pp. 603-662.
- BLANC 1974. Blanc, Olivier, *Le canton de Vaud au XIX<sup>e</sup> siècle. Démographie et développement*, Lausanne, Office statistique de l'Etat de Vaud, 1974.

- BLONAY 1977. Blonay, Jean de, «L'entrée de la Faculté à l'hôpital. Reflets.», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1977, pp. 176-184.
- BOLLI 1944. Bolli, Laurent, *Chronique de l'Asile des aveugles de Lausanne, 1843-1943*, Lausanne, 1944.
- BONARD 1984. Bonard, Claude, *Aliénistes et maladies mentales à Genève: un prolongement méconnu de la Révolution de 1846: «l'affaire Coindet»*, Université de Genève, mémoire de licence, 1984.
- BONARD (sans date). Bonard, Emile, *Histoire de l'Hôpital de St-Loup, 1852-1984*, s.l., s.d.
- BORRADORI 1992. Borradori, Piera, *Mourir au Monde. Les lépreux dans le Pays de Vaud (XIII<sup>e</sup>-XVII<sup>e</sup> siècle)*, Lausanne, Université, 1992.
- BOSSON 1998. Bosson, Alain, *Histoire des médecins fribourgeois (1850-1900). Des premières anesthésies à l'apparition des rayons X*, Fribourg, Université, 1998.
- BOSSON 2000. Bosson, Alain, «Aspects de l'hygiène dans les hôpitaux fribourgeois au temps de Louis Pasteur», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, vol. 120, 2000, pp. 167-170.
- BOSSON 2001. Bosson, Alain, *Santé publique et médecine dans le canton de Fribourg en Suisse (1900-1950)*, Université Jean Moulin-Lyon III, mémoire de DEA, 2001.
- BOURDIEU 1979. Bourdieu, Pierre, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Ed. de Minuit, 1979.
- BRASEY 1931. Brasey, Gustave, *Les Religieuses hospitalières de Sainte-Marthe, Hôpital des Bourgeois, Fribourg, 1781-1931*, Fribourg, St-Paul, 1931.
- BURNIER 1998. Burnier, Thérèse (dir.), *Un combat d'une rare efficacité. Trente ans d'activités de l'Association des infirmières de l'Hôpital cantonal de Lausanne*, Lausanne, Association de Chantepierre, 1998.
- CENTENAIRE 1950. *Centenaire du journal «Le Jura», 1850-1950. Un siècle de vie jurassienne*, Porrentruy, Le Jura, 1950.
- CENTENAIRE 1969. Golaz, André, *1869-1969, 100 ans au service de la communauté, Hôpital de Morges*, La Chaux-de-Fonds, Courvoisier, 1969, 61 p.
- CENTIÈME 1956. *Centième anniversaire de l'hôpital cantonal de Genève, 1856-1956*, Genève, 1956.
- CENTIÈME 1976. *Centième anniversaire de l'hôpital orthopédique de la Suisse romande*, Lausanne, 1976.
- CHRIST 1994. Christ, Thierry, *Pauvreté, mendicité et assistance publique dans le canton de Neuchâtel: de l'interdiction de la mendicité à la réglementation de l'assistance publique (1773-1889)*, Université de Lyon II, mémoire de DEA, 1994.
- CHRIST 1997. Christ, Thierry, «De la bienfaisance privée à l'Etat social? Mise en place, financement et contrôle du réseau hospitalier et institutionnel (orphelinats, hospices) à Neuchâtel (1815-1914)», dans: *Revue historique neuchâteloise*, 1997, pp. 23-51.

- CHRIST 1999. Christ, Thierry, «Du zèle piétiste à l'activisme républicain. Démocratisation de la gestion et du contrôle de l'hôpital à Neuchâtel au XIX<sup>e</sup> siècle», dans: *Revue historique neuchâteloise*, 1999, n°1, pp. 19-31.
- CHRIST (sans date). Christ, Thierry, *Contextes de Préfargier. La prise en charge des aliénés dans le canton de Neuchâtel (XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles)*, s.d., dact. [non publié].
- CLAVEL 1993. Clavel, Anne-Marie e.a., *Historique de la mutation de l'Hôpital cantonal de Lausanne en Centre hospitalier universitaire vaudois de 1959 à 1990*, s.l., 1993.
- CLAVEL & CHAUSSON 1993. Clavel, Jacques & Chausson, Jacques-David, *La pérennité d'une vocation: Asile des aveugles, Lausanne: centre d'accueil, d'instruction et d'adaptation pour aveugles et faibles de vue: 1843-1993*, Lausanne, Fondation de l'Asile des aveugles, 1993.
- CLINIQUE 1991. *Clinique La Source, 100 ans, 1891-1991*, Lausanne, La Source, 1991.
- COLLECTIF 1988. *Déjà une gériatrie nouvelle. Inventer l'hôpital de réadaptation*, Lausanne, Réalités sociales, 1988.
- COLLECTIF 1997. «Les chanoines réguliers de St-Augustin en Valais», dans: *Helvetia Sacra*, vol. IV/1, Bâle, Helbing & Lichtenhahn, 1997, pp. 481-504.
- COLLECTIF 2000. *A votre santé. Histoire des institutions de soins à Sainte-Croix*, Sainte-Croix, 2000.
- DAUCOURT 1938. Daucourt, Ernest, *Les promesses de 1815. Ce qu'il en reste*, Porrentruy, La Bonne presse, 1938.
- DELAMARE 1990. Delamare, Jean et Delamare-Riche, Thérèse, *Le grand renfermement: histoire de l'hospice de Bicêtre, 1657-1974*, Paris, Maloine, 1990.
- DESPONDS 1993. Desponds, Liliane, *Leysin: histoire et reconversion d'une ville à la montagne*, Yens-sur-Morges, Cabédita, 1993.
- DOMENIGHETTI & QUAGLIA 2001. Domenighetti, Gianfranco & Quaglia, Jacqueline, «Analyse comparative de la performance du système sanitaire suisse», dans: *La Vie économique*, 9, 2001, pp. 9-13.
- DONZÉ 2000. Donzé, Pierre-Yves, *L'hôpital bourgeois de Porrentruy, 1760-1870*, Porrentruy, CEH, 2000.
- DONZÉ 2001. Donzé, Pierre-Yves, «Gestion nouvelle et médicalisation à l'hôpital du district de Porrentruy entre 1870 et 1940», dans: *Actes de la Société jurassienne d'Emulation*, 2001, pp. 239-267.
- DROUX 1992. Droux, Joëlle, «Soins infirmiers et médicalisation de l'hôpital au XIX<sup>e</sup> siècle: les liaisons fiévreuses», dans: Walter, François (éd.), *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au XIX<sup>e</sup> siècle*, Carouge-Genève, Zoé, 1992, pp. 93-120.
- DROUX 1994. Droux, Joëlle, *L'École valaisanne d'infirmières de Sion (1944-1994). Une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais*, Sion, Ecole valaisanne d'infirmières, 1994.

- DROUX 1996. Droux, Joëlle, «L'hôpital bourgeois de Sion, Valais, et son évolution. Faire de nécessité vertu (première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle)», dans: Petit, Jacques-Yves & Marec, Yannick, *Le social dans la ville en France et en Europe, 1750-1914*, Paris, Editions ouvrières, 1996, pp. 75-89.
- DROUX 1998. Droux, Joëlle, «Filles de la Charité de St-Vincent de Paul», dans: *Helvetia Sacra*, vol. VIII/b, Bâle, Schwabe, 1998, pp. 136-174.
- DROUX 2000. Droux, Joëlle, *L'attraction céleste. La construction de la profession d'infirmière en Suisse romande (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, Université de Genève, thèse de doctorat, 2000.
- DUTOIT 1988. Dutoit, André, *Notice historique sur la paroisse catholique de Notre-Dame de Neuchâtel*, Neuchâtel, 1988.
- ECOLE 1982. *Ecole de soins infirmiers du Centre hospitalier universitaire vaudois, 1932-1982*, Lausanne, CHUV, 1982.
- EHRENSTRÖM 1992. Ehrenström, Philippe, «Affirmation et structuration de la profession médicale, Genève, 1880-1914», dans: *Revue suisse d'histoire*, 42, 1992, pp. 220-226.
- ETABLISSEMENTS 1945. *Les établissements pour malades en Suisse de 1936 à 1942*, Berne, Bureau fédéral de la Statistique, 1945.
- FATIO 1950. Fatio, Guillaume, *Infirmierie du Prieuré-Butini pour femmes atteintes d'affections chroniques invétérées. Son origine et son développement*, Genève, 1950.
- FAURE 1995. Faure, Olivier, «20 ans d'histoire de la santé», dans: *Revue historique vaudoise*, 1995, pp. 315-327.
- FORNARA & ROTH-LOCHNER 1985. Fornara, Livio & Roth-Lochner, Barbara, «Un bâtiment neuf pour des ambitions nouvelles. La construction de l'Hôpital Général de Genève de 1707 à 1712», dans: *LESCAZE* 1985 a, pp. 179-198.
- FOUCAULT 1972. Foucault, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
- FOUCAULT 1975. Foucault, Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- FRANCILLON 1992. Francillon, Denise, «La Source. Enjeux et perspectives d'une école-hôpital», dans: *Mémoire vive*, 1992, pp. 33-42.
- FUSSINGER à paraître. Fussinger, Catherine, *La psychiatrie au XX<sup>e</sup> siècle: une discipline aux frontières incertaines. Etude historique basée sur le cas du Valais*, à paraître.
- FUSSINGER & TEVAEARAI 1998. Fussinger, Catherine & Tevaearai, Deodaat, *Lieux de folie, monuments de raison. Architecture et psychiatrie en Suisse romande, 1830-1930*, Lausanne, PPUR, 1998.
- GILLIAND 1976. Gilliland, Pierre (dir.), *Démographie médicale en Suisse: santé publique et prospective 1900-1974-2000*, Lausanne, Office statistique de l'Etat de Vaud, 1976.

- GILLIAND 1991. Gilliard, Pierre, *Démographie médicale en Suisse, 1900-1990-2020*, Lausanne, Réalités sociales, 1991.
- GIOVANNINI 1991. Giovannini, Edgardo, «Les projets et tentatives de création d'une Faculté complète de médecine à Fribourg», dans: *Histoire de l'Université de Fribourg Suisse, 1889-1989*, Fribourg, Université, 1991, vol. 2, pp. 866-875.
- GLASSON 1959. Glasson, Louis, *L'Hôpital de la Providence: 1859-1959*, Neuchâtel, 1959.
- GODET 1922. Godet, Philippe, «Civis pauperibus», dans: *Nouvelles étrennes neuchâteloises II*, Neuchâtel, 1922, pp. 14-20.
- GOTTRAU 1994. Gottrau, Jean-Pierre, «Hospitales de Fribourg», dans: *Helvetia Sacra*, vol. VIII/1, Bâle, Helbing & Lichtenhahn, 1994, pp. 413-429.
- GOTTRAUX-BIANCARDI 1987. Gottraux-Biancardi, Elena, *L'âge d'or de la Ligue vaudoise contre la tuberculose*, Université de Genève, mémoire de licence, 1987.
- GUTTON 1974. Gutton, Jean-Pierre, *La société et les pauvres en Europe (XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles)*, Paris, PUF, 1974.
- HAGMANN & FRAGNIÈRE 1997. Hagmann, Hermann-Michel & Fragnière, Jean-Pierre (éds), *Maintien à domicile. Le temps de l'affirmation*, Lausanne, Réalités sociales, 1997.
- HELLER 1979. Heller, Geneviève, «Propre en ordre». *Habitation et vie domestique 1850-1930: l'exemple vaudois*, Lausanne, Editions d'En bas, 1979.
- HELLER 1992. Heller, Geneviève, *Charlotte Olivier. La lutte contre la tuberculose dans le canton de Vaud*, Lausanne, Editions d'en bas, 1992.
- HELLER 1997. Heller, Geneviève, «Les lieux de la maladie: quelques repères historiques», dans: HAGMANN & FRAGNIÈRE 1997, pp. 15-25.
- HENNY 1974. Henny, Heiner, *La structure des coûts dans les hôpitaux suisses*, Aarau, ISH, 1974.
- HICKEY 1997. Hickey, Daniel, *Local Hospitals in Ancien Régime France. Rationalization, Resistance, Renewal, 1530-1789*, Montréal, 1997.
- HÔPITAL 1976. *Hôpital du district de Moutier 1976*, Moutier, 1976.
- HÔPITAL 1995. *Hôpital cantonal de Fribourg*, Fribourg, Hôpital cantonal, 1995.
- HÔPITAL (sans date). *Hôpital de la Chaux-de-Fonds, L'hôpital centenaire sur son site actuel*, s.l., s.d.
- ILICH 1975. Illich, Ivan, *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- KEEL 2001. Keel, Othmar, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe, 1750-1815*, Genève, Georg, 2001.
- KLAUSER 1996. Klausser, Eric-André, *Histoire hospitalière du Val-de-Travers*, Fleurier, 1996.
- KNOLL 1932. Knoll, Hans, *La Maison de santé de Bellelay, canton de Berne*, Zürich, Eckhardt & Pesch, 1932.

- LACHARME à paraître. Lacharme, Cécile, «La gestion des hôpitaux en Suisse romande. Quelques éléments pour une histoire des administrateurs au XVIII<sup>e</sup> siècle», dans: Gutton, Jean-Pierre (dir.), *Les administrateurs d'hôpitaux en Europe sous l'Ancien Régime*, Lyon, PUL, à paraître.
- LADOR & RIEDER 1998. Lador, Mireille & Rieder, Philip, «Institution et formation: la Faculté de médecine de Genève (1876-1970)», dans: *La formation des médecins (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, 1-2, 1998, pp. 67-97.
- LALIVE D'EPINAY 1994. Lalive d'Epinaï, Christian, «La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XX<sup>e</sup> siècle», dans: Heller, Geneviève (dir.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Lausanne, SHSR, 1994, pp. 127-150.
- LEHMANN-JOMINI 1978. Lehmann-Jomini, Catherine, *La genèse de l'infirmerie de Lavaux, 1878-1942. Cas particulier dans le développement des hôpitaux régionaux vaudois*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 1978.
- LESCAZE 1985 a. Lescaze, Bernard (dir.), *Sauver l'âme, nourrir le corps. De l'Hôpital général à l'Hospice général de Genève, 1535-1985*, Genève, Hospice général, 1985.
- LESCAZE 1985 b. Lescaze, Bernard, «Pouvoirs publics, charités privées. L'Hôpital Général dans la Cité au XVI<sup>e</sup> siècle», dans: LESCAZE 1985 a, pp. 49-68.
- LEURIDAN 1994. Leuridan, Corinne, *Dessine-moi une maison. Une réforme asilaire genevoise (1817-1838)*, Université de Genève, mémoire de licence, 1994.
- LOEW 1968. Loew, Fernand, «Les premiers hôpitaux à Neuchâtel», dans: *Musée neuchâtelois*, 1968, pp. 127-144.
- LOUIS-COURVOISIER 1994 a. Louis-Courvoisier, Micheline, «La «Discipline» à l'Hôpital général de Genève: un bâtiment ou un concept?», dans: *Equinoxe*, 11, 1994, pp. 77-91.
- LOUIS-COURVOISIER 1994 b. Louis-Courvoisier, Micheline, «L'Hôpital général de Genève de 1780-1798: quelque indice de médicalisation», dans: *Gesnerus*, 51, 1994, pp. 45-65.
- LOUIS-COURVOISIER 1997. Louis-Courvoisier, Micheline, *Les protagonistes de la maladie et de la santé à l'hôpital général de Genève, 1750-1820*, Université de Genève, thèse de doctorat, 1997.
- LOUIS-COURVOISIER 2000. Louis-Courvoisier, Micheline, *Soigner et consoler. La vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime. Genève 1750-1820*, Genève, Georg, 2000.
- MALHERBE-PARISOD 1999. Malherbe-Parisod, Nicole, «Santé publique et salubrité morale: la lutte contre les maladies vénériennes à Neuchâtel et à Lausanne de 1868 à 1950», dans: *Revue historique neuchâteloise*, 1999, n°1, pp. 85-100.
- MARCACCI 1985. Marcacci, Marco, «L'égalité des Genevois devant l'assistance: la création de l'Hospice Général (1847-1869)», dans: LESCAZE 1985 a, pp. 359-381.

- MAYER 1985. Mayer, Roger, «La polyclinique universitaire de médecine de Genève et son histoire», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1985, pp. 565-728.
- MAYER 1991. Mayer, Roger, «Il y a 75 ans naissait le second service de médecine de l'hôpital cantonal de Genève», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1991, pp. 901-928.
- MEURON 1949. Meuron, Guy de, *La maison de santé de Préfargier, 1849-1949*, Neuchâtel, Attinger, 1949.
- MONTFALCON 1934. Montfalcon, Auguste de, *L'incamération des biens des corporations religieuses à Genève en 1876*, Genève, Journal de Genève, 1934.
- MOREL 1992. Morel, Philippe, *Les diaconesses vaudoises dans la tourmente: les attaques de la Comtesse Valérie de Gasparin contre les diaconesses vaudoises*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 1992.
- MOTTU-WEBER 1982. Mottu-Weber, Liliane, «Des vers à soie à l'Hôpital en 1610: un bref épisode de l'histoire de la soierie à Genève», dans: *Revue du Vieux Genève*, 12, 1982, pp. 44-49.
- MOTTU-WEBER 1994. Mottu-Weber, Liliane, «Etre vieux à Genève sous l'Ancien Régime», dans: HELLER, Geneviève (dir.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Lausanne, SHSR, 1994, pp. 47-66.
- MUHEIM 1998 a. Muheim, David, *Le mutualisme contre l'assurance sociale. La Fédération des Sociétés de secours mutuels de la Suisse romande et les premiers projets d'assurance maladie (1893-1912)*, Université de Lausanne, mémoire de licence, 1998.
- MUHEIM 1998 b. Muheim, David, *Les relations Vaud-Genève dans le domaine hospitalo-universitaire: déjà une histoire, quel avenir?*, Lausanne, IUHMSP, 1998.
- NAVILLE 1963. Naville, Marcel, *Hôpital Butini. Cent ans d'activité médicale, 1859-1959*, Genève, 1963.
- ODIER-CAZENOVE 1862. Odier-Cazenove, *L'hôpital de Genève depuis son origine jusqu'en 1842. Recherches historiques*, Genève, Blanchard, 1862.
- OLIVIER 1939-1962. Olivier, Eugène, *Médecine et santé dans le Pays de Vaud*, Lausanne, Payot, 1939-1962, 4 volumes.
- PÉROLLES 1988. *1913-1988. Pérolles. 75 ans de l'Ecole d'infirmières et d'infirmiers de Fribourg*, Fribourg, St-Paul, 1988.
- PERREUX 1997. *Perreux 100 ans*, Perreux, Hôpital psychiatrique, 1997, 57 p.
- PETITPIERRE 1955. Petitpierre, Jacques, «Les Neuchâtelois et la diaconie de Strasbourg», dans: *Patrie neuchâteloise*, vol. IV, 1955, pp. 67-91.
- PRÉFARGIER 1999. *1849-1999 - Préfargier - 150 ans au service de la psychiatrie*, Hauterive, Attinger, 1999.
- PILLOUD 1999. Pilloud, Sophie, «Les conditions de vie et de travail des gardes-malades à travers les articles du Journal Source, entre 1890 et 1945», dans: *Revue neuchâteloise d'histoire*, 1, 1999, pp. 101-112.

- PIOTET 1993. Piotet, Georges, « Vers une redéfinition de l'interventionnisme étatique en Suisse? », dans: Voutat, Bernard (dir.), *Penser le politique. Regards sur la Suisse*, Lausanne, ISP, 1993, pp. 111-155.
- PITTELOUD 1988. Pitteloud, Jean-François, « La belle époque de la philanthropie genevoise », dans: *De l'utopie à la réalité. Actes du colloque Henry Dunant*, Genève, Société Henry Dunant, 1988, pp. 309-325.
- PIUZ 1980. Piuz, Anne-Marie, « L'alimentation hospitalière à Genève au XVIII<sup>e</sup> siècle », dans: *Lyon et l'Europe. Hommes et sociétés*, vol. 2, Lyon, PUF, 1980.
- PORTER 1997. Porter, Roy, *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity from Antiquity to the Present*, Londres, Harper Collins, 1997.
- PROD'HOM 1991. Prod'hom, Louis-Samuel e.a., « L'hôpital universitaire: hier-aujourd'hui-demain », dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1991, pp. 45-58.
- QUARTIER-LA-TENTE 1898. Quartier-La-Tente, Edouard, *Le canton de Neuchâtel*, vol. I/2, Neuchâtel, 1898.
- RAEMY 1889. Raemy, Charles, *Le charitable grand hôpital des Bourgeois de Fribourg en Suisse. Notice historique et statistique*, Fribourg, Fragnière, 1889.
- REVILLIOD 1923. Revilliod, Eugène, *Hôpital Gourgas 1872-1922. Notice historique*, Genève, Hôpital Gourgas, 1923.
- RIEDER 2000. Rieder, Philip, « La Maternité de Genève (1874-1907), une nouvelle porte d'entrée dans la vie? », dans: *Gesnerus*, 57, 2000, pp. 51-76.
- RIEDER à paraître. Rieder, Philip, *La Faculté dans tous ses états: médecine, politique et société à Genève, 1876-1922*, Genève, à paraître.
- ROSANVALLON 1992. Rosanvallon, Pierre, *La crise de l'Etat-providence*, Paris, Seuil, 1992.
- SALZMANN 1986. Salzmann, J. M. e.a., *Loèche-les-Bains. Son histoire. Son importance sur le plan médical*, Viège, Rotten-Verlag, 1986.
- SAUDAN 1991 a. Saudan, Guy, « La Faculté de médecine de l'Université de Lausanne (1890): un pari politique », dans: *Gesnerus*, 48, 1991, pp. 409-427.
- SAUDAN 1991 b. Saudan, Guy, *La médecine à Lausanne du XVI<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle*, Lausanne, Editions du Verseau, 1991.
- SAURER 1989. Saurer, Andreas, *Toubib or not toubib? L'état de santé de la population et le système de soins en Suisse*, Lausanne, Editions d'en bas, 1989.
- STEFFEN 2002. Steffen, Gabrielle, *Droit aux soins et rationnement: approche d'une définition des soins nécessaires*, Collection de l'Institut de droit de la santé, Berne, Staempfli, 2002.
- SUESS 1917. [Suess, Alfred], *Aux diaconesses de la Maison de Berne. Notice et souvenirs à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de leur entrée à l'Hôpital cantonal de Genève*, Genève, Sadag, [1917].
- TENON 1998. Tenon, Jacques, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris. Fac-similé de l'édition originale de 1788*, Paris, Doin, 1998.

- TERRIER 1996. Terrier, Georges e.a., «Histoire des débuts de la radiologie à Lausanne (1896-1921)», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1996, pp. 1001-1008.
- TISSOT 1987. Tissot, Laurent, *E. Paillard & Cie, SA. Une entreprise vaudoise de petite mécanique, 1920-1945. Entreprise familiale, diversification industrielle et innovation technologique*, Cousset, Delval, 1987.
- TISSOT 1996. Tissot, Laurent, *Politique, société et enseignement supérieur dans le canton de Vaud. L'Université de Lausanne, 1890-1916*, Lausanne, Payot, 1996.
- TISSOT 1999. Tissot, Laurent, «Hôtels, pensions, pensionnats et cliniques à Lausanne: fondements pour une «industrie des étrangers», 1850-1920» dans: Studer, Brigitte & Tissot, Laurent (dir.), *Le passé du présent. Mélanges offerts à André Lasserre*, Lausanne, Payot, 1999, pp. 69-88.
- TREMP 1997. Tremp, Ernst, «Les réseaux monastiques», dans: Paravicini Bagliani, Agostino e.a., *Les pays romands au Moyen Age*, Lausanne, Payot, 1997, pp. 162-163.
- VAUCHER 1982. Vaucher, Henri, *Hôpital ophtalmique Adolphe-de-Rothschild*, Genève, 1982.
- VAUTREY 1878. Vautrey, Louis, *Notices historiques sur les villes et villages catholiques du Jura bernois*, vol. 2, Porrentruy, Gürtler, 1878.
- VERDAN 1996. Verdand, Claude, «50<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de la Clinique et permanence de Longeraie, 1946-1996. Historique», dans: *Revue médicale de la Suisse romande*, 1996, pp. 145-148.
- VOUILLOZ BURNIER & BARRAS à paraître. Vouilloz Burnier, Marie-France & Barras, Vincent, *De l'hôpital-asile au réseau santé. Systèmes hospitaliers et santé publique dans le Canton du Valais, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Sierre, Monographic, à paraître.
- ZUMKELLER 1985. Zumkeller, Dominique, «Les domaines ruraux de l'Hôpital Général de Genève au XVIII<sup>e</sup> siècle», dans: LESCAZE 1985 a, pp. 267-290.
- ZURBUCHEN 1985. Zurbuchen, Walter, «Une grande figure oubliée: Abraham Joly», dans: LESCAZE 1985 a, pp. 327-331.

## SOURCES

Il ne s'agit pas ici d'un recensement complet des documents d'archives hospitalières pour la Suisse romande, mais uniquement des documents utilisés pour cette étude. Ils sont présentés par canton et par institution.

### CANTON DE FRIBOURG

#### **Archives de l'Etat de Fribourg (AEF)**

##### *Département de la Santé publique (DSPa)*

- 120 Maternité cantonale (1902-1932)
- 179-180 Nouvel Hôpital cantonal
- 208-237 Nouvel Hôpital cantonal
- 334-335 Nouvel Hôpital cantonal
- 963-970 Hospitalisation dans le canton de Fribourg
- 971-1111 Ancien Hôpital cantonal
- 1896-1926 Législation, planification hospitalière, tarifs hospitaliers

##### *Département de l'Instruction publique*

Ce fonds contient quelques documents non classés sur le projet de Faculté de médecine.

##### *Sources imprimées*

- Compte-rendu du Conseil d'Etat (1860-2000)
- Compte annuel de l'Etat (1860-2000)
- Rapports annuels de l'Hôpital cantonal (1931-2000)

#### **Archives d'établissements hospitaliers**

*Hôpital d'Estavayer*: rapports annuels et procès-verbaux des organes administratifs

*Hôpital de Riaz*: rapports annuels et procès-verbaux des organes administratifs

CANTON DE GENÈVE

**Archives de l'Etat de Genève (AEG)**

*Archives hospitalières (AH)*

Ae Rapports annuels, comptes-rendus, études sur l'hôpital (1798-1869)

*Archives de l'Hôpital cantonal*

T1 34/6 Rapports, devis divers, arrêtés antérieurs à 1892

*Archives privées*

AP 45 Archives de l'Hôpital ophtalmique Rothschild: documents administratifs et médicaux (1873-1980)

*Sources imprimées*

Mémorial des séances du Grand Conseil (1845-1900)

Compte annuel de l'Etat (1860-2000)

**Bibliothèque publique et universitaire (BPU-Genève)**

Nf 444 Mélanges Coindet

Gf 410 Inf-Pla Compte-rendu de l'Infirmierie de Plainpalais (1870-1872)

Gf 410 Inf-Pri Compte-rendu de l'infirmierie du Prieuré-Butini (1871-1897)

**Musée d'ethnographie de Genève, collection Amoudruz**

Gev 146 Rapports de la Maison des enfants malades, hôpital Gourgas (1887-1933)

**Musée d'histoire des sciences**

*Fonds de la Société médicale (SM)*

Dos. 14-18: Hôpital de Genève, Maison des enfants malades Gourgas, Hôpital ophtalmique Rothschild, Hôpital Butini, Hospices et cliniques privées (rapports administratifs et médicaux, diverses années)

**Archives d'établissements hospitaliers**

*Hôpital cantonal de Genève*: rapports annuels (1856-1990)

*Clinique générale-Beaulieu SA*: procès-verbaux du Conseil d'administration de la Clinique générale de Genève (1919-1950), comptes d'exploitation et bilans de la Clinique générale de Genève (1902-1929), documents divers.

## CANTON DU JURA ET JURA BERNOIS

**Archives cantonales jurassiennes (ACJ)**

86J Fonds de l'Hôpital de Delémont

**Archives de l'Etat de Berne (AEB)**

*Direction des affaires sanitaires*

BB XI 667-670 Hôpital de Delémont: rapports annuels, registres de malades (1844-1936)

BB XI 705-707 Hôpital de Moutier: rapports annuels, registres de malades (1869-1936)

BB XI 714-719 Hôpital de Porrentruy: rapports annuels, registres des malades (1844-1936)

BB XI 724-726 Hôpital de Saignelégier: rapports annuels, registres de malades (1848-1936)

BB XI 730-733 Hôpital de St-Imier: rapports annuels, registres de malades (1844-1936)

BB XI 833 Pétitions jurassiennes à propos de l'asile de Waldau

BB XI 835/838 Hôpital psychiatrique de Bellelay

**Archives de la bourgeoisie de Porrentruy (ABP)**

Archives anciennes de l'Hôpital de Porrentruy

Œuvres sociales: documents épars sur l'Hôpital de Porrentruy (1764-1872)

**Archives d'établissements hospitaliers**

*Hôpital de Delémont*: procès-verbaux des organes administratifs (1934-1962) et rapports annuels (1970-1999)

*Hôpital de Moutier*: procès-verbaux des organes administratifs (1871-1970), rapports annuels (1937-1999) et documents divers

*Hôpital de Porrentruy*: procès-verbaux des organes administratifs (1870-1940)

*Hôpital de Saignelégier*: procès-verbaux des organes administratifs (1860-1955)

*Hôpital de Saint-Imier*: procès-verbaux des organes administratifs (1896-1965) et rapports annuels (1954-1998)

*Home Bon Secours de Miserez*: procès-verbaux du comité (1903-1950)

*Mon Repos, La Neuveville*: rapports annuels (1906-1960)

## CANTON DE NEUCHÂTEL

**Archives de l'Etat de Neuchâtel (AEN)**

*Département de l'Intérieur (DI)*

169 Renseignements sur les hôpitaux et asiles du canton (1881)

- 170 Hôpitaux, hospices et asiles du canton: rapports, imprimés divers (1845-1891)  
370 Police sanitaire: renseignements sur les hôpitaux et maisons de santé (1870-1898)

*Fonds Berthier*

Essai sur l'état actuel de la Principauté de Neuchâtel, s.d.

*Sources imprimées*

Rapports de gestion du Conseil d'Etat, diverses années.  
Rapports de gestion de la municipalité de Neuchâtel, diverses années.  
Rapports du Conseil communal de La Chaux-de-Fonds au Conseil général sur les comptes et la gestion, diverses années.

**Bibliothèque publique et universitaire (BPUN)**

6R561 Hôpital du Locle (rapports annuels 1856-1912; quelques règlements)  
6R370 Documents divers sur la Chambre de charité de Neuchâtel

**Archives communales de La Chaux-de-Fonds**

Procès-verbaux de l'Hôpital, diverses commissions (1845-1922)  
Procès-verbaux de la Commission de bâtisse de l'Hôpital d'enfants (1912-1914)  
Livres de comptes et documents comptables divers

**Archives de la ville de Neuchâtel (AVN)**

*Hôpital Pourtalès*

Acte de fondation (1808)  
Rapports du médecin-chirurgien (1811-1899)  
Rapports d'exercices (1907-1927)  
Rapports de l'intendant (1813-1906)  
Hôpital Pourtalès et Maternité, rapports annuels (1889-1962)  
Tableau classifié des dépenses de l'Hôpital Pourtalès (1812-1940)

**Archives d'établissements**

*Hôpital de la Béroche*: procès-verbaux des organes administratifs (1890-1971) et rapports annuels (1907-1999)  
*Hôpital de La Chaux-de-Fonds*: procès-verbaux des organes administratifs (1898-1970), rapports annuels (1848-2000) et documents divers (règlements, statuts, etc.)  
*Hôpital de Couvet*: rapports annuels (1861-1999)  
*Hôpital de Fleurier*: rapports annuels épars (1923-1981)  
*Hôpital du Locle*: rapports annuels épars (1871-2000)

*Hôpital de la Providence (Neuchâtel)*: rapports annuels (1915-2000) et documents divers sur la création de l'hôpital.

*Hôpitaux de la ville de Neuchâtel*: rapports annuels (1971-2000)

*Fondation de l'Hôpital Pourtalès*: registres des procès-verbaux de la direction (1808-1969) et livre de comptes (1851-1911).

## CANTON DU VALAIS

### Bibliothèque cantonale du Valais (BCV)

Rapports annuels épars de l'Hôpital de Brigue (1908-1980)

Rapports annuels de l'Hôpital de Martigny (1918-1980)

Rapports annuels épars de l'Hôpital de Monthey (1910-1980)

Rapports annuels de l'Hôpital de Sierre (1923-1980)

Rapports annuels de l'Hôpital de Sion (1936-1980)

Rapports annuels de l'Hôpital de Viège (1936-1989)

### Archives d'établissements hospitaliers

*Hôpital de Martigny*: procès-verbaux des organes administratifs (1909-1973)

*Hôpital de Monthey*: procès-verbaux des organes administratifs (1910-1934)

## CANTON DE VAUD

### Archives cantonales vaudoises (ACV)

*H. Archives de l'Helvétique (1798-1803)*

386 G Pièces relatives aux hôpitaux locaux

389 D Hôpital de Lausanne et Hôpital cantonal

*K VIII a. Secours publics*

42 Protocoles de la commission des hospices (1849-1870)

*K VIII b. Police sanitaire*

6 Protocoles des séances du Conseil de Santé et des Hospices (1885-1916)

18 Documents épars sur l'Hôpital cantonal et divers hospices (1831-1886)

151 Règlements des hôpitaux et rapports

*K VIII e. Hôpital cantonal*

91-92 Employés (1872-1943)

*QG. Imprimés non officiels vaudois*

Rapports annuels épars des divers établissements hospitaliers vaudois.

*Sources imprimées*

Compte-rendu du Conseil d'Etat, Département de l'Intérieur (1840-1990)  
Bulletin des séances du Grand Conseil, diverses années.

**Bibliothèque cantonale et universitaire (BCU-Lausanne)**

Fonds Tissot, I-124 Notes sur l'hôpital [de Lausanne], 7 mars 1789.  
Rapports annuels de l'Hôpital d'Aigle (1867-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital d'Aubonne (1874-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de la Broye, Payerne (1939-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Chamblon (1971-1988)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Nyon (1879-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Montreux (1878-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Morges (1969-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Moudon (1877-1894)  
Rapports annuels de l'Hôpital d'Orbe (1880-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital du Pays d'Enhaut, Château-d'Œx (1937-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Rolle (1868-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de Sainte-Croix (1882-1998)  
Rapports annuels de l'Hôpital de la Vallée de Joux  
Rapports annuels de l'Hôpital d'Yverdon (1873-1998)  
Rapports annuels de l'Institution des diaconesses de St-Loup (1851-1962)

**Archives de La Source, Lausanne (ALS)**

B1-1.j Correspondance de Mme de Gasparin et du Dr Krafft avec le Dr Roux (1891-1896)  
B1-1.k Correspondance entre le Dr Krafft et Mme de Gasparin (1891-1893)  
D1-100 Rapports annuels (1859-2000)  
D3-100.38 Liste des membres du Conseil d'administration et du Comité de direction (1890-1991)  
D3-200.1/2 Procès-verbaux du Conseil d'administration (1890-1945) et de la Délégation (1891-1930)  
D3.306.1 Correspondance (1923-1937)  
D3.400 Procès-verbaux de la Société auxiliaire et documents divers (1904-1924)  
E1-1.5 Divers prospectus sur la clinique (1910-1924)  
F1-200 Documents sur le Dr Krafft (1891-1921)  
F1-300 Documents sur le pasteur Vuilleumier (1922-1940)  
F1-400 Documents sur le professeur Jaccard (1940-1950)

Documents non cotés sur les relations de la Source avec la VESKA, l'Association des infirmeries vaudoises et St-Loup.

## Archives d'établissements et d'associations

- Hôpital de Montreux*: procès-verbaux des organes administratifs (1892-1974), rapports annuels (1874-2000) et documents divers
- Hôpital de Morges*: procès-verbaux des organes administratifs (1869-1960) et rapports annuels (1882-1998)
- Hôpital de Nyon*: procès-verbaux des organes administratifs (1928-1960) et rapports annuels (1874-1998)
- Hôpital de Rolle*: procès-verbaux des organes administratifs (1873-1970) et rapports annuels (1860-1998)
- Hôpital du Samaritain (Vevey)*: rapports annuels (1858-1997)
- Hôpital de la Providence (Vevey)*: rapports annuels (1939-1998), copies d'archives de la paroisse catholique relatives à l'hôpital et registre des protocoles et décisions (1886-1914)
- Hôpital d'Yverdon*: procès-verbaux des organes administratifs (1873-1947) et rapports annuels (1867-2000)
- Hôpital de l'Enfance, Lausanne*: procès-verbaux des organes administratifs (1861-1929) et rapports annuels (1863-2000)
- Hôpital orthopédique de la Suisse romande, Lausanne*: procès-verbaux des organes administratifs (1920-1959) et rapports annuels (1876-2000)
- Fondation de l'Asile des aveugles (Hôpital ophtalmique), Lausanne*: rapports annuels (1847-2000)
- Fondation Plein-Soleil, Lausanne*: rapports annuels (1976-2000)
- Clinique Cecil, Lausanne*: Documents divers (coupures de presse, photographies, publicités, etc.)
- Fédération des hôpitaux vaudois, Prilly (FHV)*: Archives du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois (GHRV): Circulaires, convocations et procès-verbaux, informations (1954-1967); Plan hospitalier, Etude d'organisation de la zone sanitaire III (1968-1974)

## SOURCES IMPRIMÉES

### Journaux et périodiques

- AGEFI*, divers numéros épars.
- Bulletin des médecins suisses*, 2001.
- Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1866-1880.
- Journal de la Société vaudoise d'utilité publique*, divers numéros épars.
- La Liberté*, divers numéros épars.
- Revue médicale de la Suisse romande*, divers numéros épars.
- Le véritable messager boiteux de Neuchâtel*, 1810-1950.

### Publications officielles et ouvrages de référence

- ANNUAIRE 1984. *Annuaire des statistiques jurassiennes*, ADIJ, Moutier, 1984.

- Annuaire statistique de la Suisse*, Berne, diverses années.
- ANONYME 1893. *Au service de Dieu. L'institution des diaconesses de Strasbourg, 1842-1892*, Strasbourg, Imp. Strasbourggeoise, 1893.
- COMMISSION 1997. Commission de planification hospitalière, *Rapport final à l'intention du Conseil d'Etat du canton de Fribourg*, Fribourg, 1997.
- CREVOISIER 1879. Crevoisier, Léonce, *Etude statistique sur le mouvement de la population de la ville de Porrentruy, 1815-1875*, Porrentruy, Victor Michel, 1879.
- DHBS. *Dictionnaire historique et biographique de la Suisse*, Neuchâtel, 1921-1934, 8 volumes.
- DOCUMENTS 1856. *Documents sur la position faite par l'administration publique à la Faculté de médecine de Genève réunis et publiés par la Société de médecine*, Genève, Ramboz & Schuchardt, 1856.
- DUPRAZ (sans date). Dupraz, A., *Etablissement de nouvelles sections de l'Hospice cantonal de Fribourg*, s.l., s.d.
- EXPOSÉ 1918. *Exposé des avantages dont jouit le Jura sous le rapport sanitaire comme partie intégrante du canton de Berne*, Porrentruy, Le Jura, 1918.
- EXTRAITS 1888. «Extraits des manuaux du Conseil de Lausanne, 1512-1536, publiés et annotés par Ernest Chavannes», in *Mémoires et documents publiés par la Société d'histoire de la Suisse romande*, vol. 36, Lausanne, Imp. Georges Bickel, 1888, p. 77.
- GENOUD 1923. Genoud, Léon, *Manuel des œuvres religieuses, charitables et sociales du canton de Fribourg*, Fribourg, Imprimerie St-Paul, 1923, 336 p.
- GLASSON 1863. Glasson, D.M., *Mémoire lu aux membres de la Société de médecine dans la séance du 17 avril 1863, à Romont, sur la destination à donner aux premières rentes du fonds dit de l'hôpital cantonal*, Fribourg, Schmid-Roth, 1863.
- KRAFFT 1917, Krafft, Charles, *Le vêtement de la Gardemalade*, Lausanne, Couchard, 1917.
- KRAFFT 1918, Krafft, Charles, *La Source et St-Loup*, Lausanne, Couchard, 1918.
- MITTENDORFF 1888. Mittendorff, Eugène, *Les institutions philanthropiques genevoises. Leur origine, leur développement et leur état actuel*, Genève, Schuchardt, 1888, 318 p.
- RAEMY 1898, Raemy, Alfred, *Livre d'or du canton de Fribourg à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle*, Fribourg, 1898.
- TURINI, Gustave, *Statistique des opérations pratiquées à l'asile St-Joseph à Sierre en 1913*, Sierre, 1914.

## PRINCIPAUX HÔPITAUX RECONNUS D'UTILITÉ PUBLIQUE ET PHILANTHROPIQUES

Cette liste recense les principaux établissements de soins philanthropiques et/ou reconnus d'utilité publique par l'Etat ou les communes, c'est-à-dire les institutions ouvertes à tous. En l'absence de documentation fiable, les cliniques privées et les institutions antituberculeuses ne sont pas comprises dans cette liste.

### CARTE 1: 1850 (p. 66)

#### *Canton de Genève*

- Hôpital général de Genève
- Asile des Vernets

#### *Canton de Vaud*

A Lausanne:

- Hôpital cantonal vaudois
- Asile psychiatrique du Champs-de-l'Air

Hôpitaux de:

- Echallens

#### *Canton du Valais*

Hôpital de:

- Sion

#### *Canton de Neuchâtel*

En ville de Neuchâtel:

- Hôpital de la Ville
- Hôpital Pourtalès

Hôpitaux de:

- Préfargier, à Marin
- La Chaux-de-Fonds

*Canton de Fribourg*

En ville de Fribourg:

- Hôpital des Bourgeois

*Jura bernois*

Hôpitaux de:

- Porrentruy
- Delémont
- Saignelégier

**CARTE 2: 1920 (p. 176)**

*Canton de Genève*

- Hôpital cantonal de Genève
- Infirmerie Butini
- Maison Gourgas
- Hôpital ophtalmique Rothschild
- Hôpital Bel-Air

*Canton de Vaud*

A Lausanne:

- Hôpital cantonal vaudois
- Hospice de l'Enfance
- Hospice orthopédique de la Suisse romande
- Asile des aveugles
- Cery
- Infirmerie de La Source

Hôpitaux de:

- Saint-Loup
- Yverdon
- Vevey-Samaritain
- Rolle
- Payerne
- Aigle
- Morges
- Château-d'Œx
- Nyon
- Aubonne

- Moudon
- Orbe
- Montreux
- Sainte-Croix
- Bex
- Romainmôtier
- Vevey-Providence

*Canton du Valais*

Hôpital de:

- Sion
- Martigny
- Monthey
- Malévoz
- Brigue
- Saint-Maurice

*Canton de Neuchâtel*

En ville de Neuchâtel:

- Hôpital de la Ville
- Hôpital Pourtalès
- Hôpital de la Providence

Hôpitaux de:

- Préfargier, à Marin
- Landeyeux (Val-de-Ruz)
- Couvet
- La Chaux-de-Fonds
- Le Locle
- Fleurier
- Perreux
- Saint-Aubin

*Canton de Fribourg*

En ville de Fribourg:

- Hôpital des Bourgeois
- Hospice de la Providence
- Jules-Daler Spital
- Hôpital cantonal

Hôpitaux de:

- Riaz
- Billens
- Meyriez
- Estavayer
- Marsens

- Châtel-Saint-Denis
- Tavel

*Jura bernois*

Hôpitaux de:

- Porrentruy
- Delémont
- Saignelégier
- Moutier
- Saint-Imier
- Bellelay

CARTE 3: 1970 (p. 289)

*Canton de Genève*

- Hôpital cantonal de Genève
- Maison Gourgas
- Hôpital ophtalmique Rothschild
- Hôpital Bel-Air

*Canton de Vaud*

A Lausanne:

- Hôpital cantonal vaudois
- Hôpital de l'Enfance
- Hôpital orthopédique de la Suisse romande
- Hôpital ophtalmique
- Cery
- Infirmerie de La Source

Hôpitaux de:

- Saint-Loup
- Yverdon
- Vevey-Samaritain
- Rolle
- Payerne
- Aigle
- Morges
- Château-d'Œx
- Nyon
- Aubonne
- Moudon
- Orbe
- Montreux
- Sainte-Croix

- Bex
- Romainmôtier
- Vevey-Providence
- Cully
- Le Sentier

*Canton du Valais*

Hôpital de:

- Sion
- Martigny
- Monthey
- Malévoz
- Brigue
- Saint-Maurice
- Viège

*Canton de Neuchâtel*

En ville de Neuchâtel:

- Hôpital de la Ville
- Hôpital Pourtalès
- Hôpital de la Providence

Hôpitaux de:

- Préfargier, à Marin
- Landeyeux (Val-de-Ruz)
- Couvet
- La Chaux-de-Fonds
- Le Locle
- Fleurier
- Perreux
- Saint-Aubin

*Canton de Fribourg*

En ville de Fribourg:

- Hôpital des Bourgeois
- Jules-Daler Spital
- Hôpital cantonal

Hôpitaux de:

- Riaz
- Billens
- Meyriez
- Estavayer
- Marsens
- Châtel-Saint-Denis
- Tavel

*Jura bernois*

Hôpitaux de:

- Porrentruy
- Delémont
- Saignelégier
- Moutier
- Saint-Imier
- Bellelay

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

Couverture

Hôpital de La Chaux-de-Fonds, Patients, 1925.

1. Chapelle de l'Hôpital Saint-Roch, Lausanne . . . . .	7
2. Parchemin de la donation des droits du Chapitre sur l'hôpital à la bourgeoisie de Sion, 1569 . . . . .	11
3. Hôpital des Bourgeois de Fribourg, dessin de Joseph-Auguste Dietrich, milieu du XIX <sup>e</sup> siècle . . . . .	17
4. Hôpital de la Ville de Neuchâtel en 1783, aquarelle de Burckhardt. . . . .	20
5. Hôpital bourgeois de Porrentruy, état actuel . . . . .	23
6. Hospice cantonal de Lausanne en 1829, eau-forte de Samuel Prout . . . . .	29
7. Hôpital Pourtalès, gravure d'Alexandre Girardet, 1808 . . . . .	35
8. Hôpital bourgeoisial de Sion, années 1900-1920 . . . . .	40
9. Salle de médecine hommes de l'Hôpital des Bourgeois de Fribourg, années 1900-1920 . . . . .	44
10. Hôpital général de Genève, état actuel . . . . .	46
11. Hôpital de la Ville de Neuchâtel, début du XX <sup>e</sup> siècle . . . . .	50
12. Hospice cantonal vaudois, gravure de Frédéric Martens, vers 1845 . . . . .	56
13. Hôpital Pourtalès, aquarelle de Zollinger, vers 1850 . . . . .	63

14. James Fazy, conseiller d'Etat genevois .....	69
15. Le personnel de l'Hôpital cantonal de Genève lors du cinquantenaire de l'institution .....	72
16. Hôpital cantonal vaudois, dessin de Jacques Regamey, 1896 ..	75
17. Dispensaire central de la place Pépinet, vers 1890 .....	77
18. Ancien pensionnat des jésuites de Fribourg, lithographie d'Augustin Bader, 1827 .....	81
19. Hospice de Perreux, Pavillon des épileptiques, 1906 .....	89
20. Ecole de La Source, Lausanne, volée d'élèves de 1887 .....	98
21. Infirmerie Butini, années 1900 .....	102
22. Hôpital Rothschild, Genève .....	107
23. Hospice de l'Enfance, Lausanne .....	112
24. La pinte vaudoise lors de la vente de l'Infirmerie de Morges, 1925 .....	117
25. Hospice de l'Enfance, dons en nature, 1888-1904 .....	123
26. Maison de santé de Préfargier, lithographie Bachelier, vers 1848 .....	129
27. Hospice de Billens, vers 1930 .....	134
28. Clinique Saint-Amé, 1907 .....	136
29. Hôpital Daler de Fribourg, Entre-deux-guerres .....	145
30. Fête en faveur de l'Hôpital d'Enfants de La Chaux-de-Fonds, 1907 .....	152
31. Chantier ferroviaire du Lötschberg, vers 1908 .....	156
32. Clinique privée du Dr Gustave Clément, Fribourg .....	165
33. La Clinique générale de Genève lors de son ouverture (1899) .	169
34. Hôpital de Sierre, vers 1920-1930 .....	175
35. Pavillon Bourget de l'Hôpital cantonal vaudois, vers 1920-1930	179
36. Hôpital cantonal de Fribourg, site de Pérolles, vers 1931 ....	182
37. Salle à manger de la Clinique Cecil, début des années 1930 ...	185
38. Pavillon Mottex, 1924 .....	189

39. Hôpital des Enfants de La Chaux-de-Fonds . . . . .	191
40. Hôpital des Bourgeois de Fribourg, salle de chirurgie, vers 1910-1920 . . . . .	195
41. Mlle Augusta de Charrière de Sévery, directrice-adjointe de l'Hospice de l'Enfance, années 1930 . . . . .	200
42. Dans les cuisines de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, vers 1910-1930 . . . . .	202
43. Nouvel hôpital d'Aigle, 1932 . . . . .	213
44. La commission administrative et les dirigeants de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds dans les années 1930 . . . . .	220
45. Clinique Cecil, installation radiologique, années 1930 . . . . .	225
46. Hôpital cantonal de Genève, vue d'avion, 1966 . . . . .	236
47. Le professeur Pierre Decker et son équipe médicale, vers 1956 . . . . .	238
48. Incendie de l'Hôpital des Bourgeois de Fribourg, 1937 . . . . .	242
49. Hôpital de La Chaux-de-Fonds, chirurgie endoscopique des sinus en salle d'opérations ORL par le professeur Georges Terrier, 1986 . . . . .	253
50. Hôpital de Nyon, salle d'opérations, vers 1977 . . . . .	256
51. Hôpital d'Yverdon, vers 1960 . . . . .	260
52. Clinique de La Source, salle d'opérations . . . . .	263
53. Leysin à la fin des années 1950 . . . . .	265
54. Ecole valaisanne d'infirmières, Sion, salle de classe, vers 1944-1945 . . . . .	270
55. Hôpital cantonal vaudois, Bâtiment du personnel, 1958 . . . . .	272
56. Eugène Zwahlen et André Golaz, deux personnalités marquantes du Groupement des hôpitaux régionaux vaudois . . . . .	279
57. L'Hôpital de Viège après l'agrandissement de 1953 . . . . .	287
58. CHUV, Lausanne, scanner du Service de radiologie, 1997 . . . . .	293
59. Hôpital de Moudon, après l'agrandissement de 1982 . . . . .	297
60. Pierre Gilliand . . . . .	302

61. La mise en réseau des institutions sanitaires du canton de Neuchâtel, selon la planification hospitalière de 1999 .....	305
Carte 1 : Les hôpitaux romands en 1850 .....	66
Carte 2 : Les hôpitaux romands en 1920 .....	176
Carte 3 : Les hôpitaux romands en 1970 .....	289

# INDEX DES NOMS D'ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Les établissements hospitaliers sont classés par lieu.

## A

Aigle, Infirmerie/Hôpital, 114-117, 119, 121, 123, 125-126, 190, 193, 199, 211, 213, 251-253, 262, 267, 274-275, 296, 305

Aubonne, Infirmerie/Hôpital, 116, 119, 121-122, 125-126, 207-208, 211, 227, 251, 274-276, 287, 297, 306, 309

Avenches, Hôpital, 22

## B

Bâle, Hôpital cantonal, 158

Bellelay, Asile psychiatrique, 91-92

Bellevaux, Asile, 120

Berne :

- Asile de la Waldau, 38, 90-91
- Hôpital de l'Isle/Hôpital cantonal, 27-28, 90-91, 158, 198

Bex, Infirmerie, 96, 116, 121, 196, 199

Billens, Hospice/Hôpital de la Glâne, 81, 133-134, 260, 267, 269, 297, 306

Bornu, Hospice, 6

Bourg-Saint-Pierre, Hospice, 5-6, 135

Bracon, Hospice, 5

Brigue :

- Hôpital médiéval, 6, 135
  - Hôpital régional, 135, 155-157, 162, 173, 250, 252, 285-286
  - Hôpital Saint-Antoine, 155
- Bulle, Hospice bourgeoisial, 133
- Burtigny, Maison de santé, 96

## C

Chamblon, Pavillon  
antituberculeux/Hôpital, 189, 262, 266, 306

Château-d'Oex, Infirmerie/Hôpital  
du Pays d'En-haut, 121, 196, 200, 210, 251, 267, 297, 300, 307

Châtel-Saint-Denis, Hospice/Hôpital, 133, 260, 297, 306

Chaux (La), Hospice, 5

Chaux-de-Fonds (La) :

- Clinique de Montbrillant, 184, 225
- Clinique du Dr Quervain, 96
- Clinique de la Tour, 249
- Clinique du Dr Vaegeli, 96
- Hôpital de la ville, 88, 149-152, 159, 191, 198, 200, 202, 204, 210, 219-220, 225-226, 233, 250, 252-253, 262-263, 268-269, 271, 276-278, 284, 286, 288, 296, 304

Choindez, Infirmerie, 160  
 Clarens-sur-Montreux, Clinique La Prairie, 183  
 Couvet, Hôpital, 90, 94, 152, 159, 162, 164, 212, 301  
 Cully, Hôpital du Lavaux, 115, 173, 199, 231, 233, 279

## D

Delémont :

- Hôpital de la ville, 7
- Hôpital de district, 25, 146-147, 148, 190, 211, 221, 255, 258-259, 266, 269, 278, 304

## E

Echallens, Infirmerie, 93  
 Estavayer-le-Lac, Hospice de district, 133-134, 196, 208, 242, 267, 274, 297, 305  
 Etagnières, Asile, 120

## F

Faug, Maison de santé, 96  
 Finhaut, Préventorium de Clairval, 136  
 Fleurier, Hôpital, 152-154, 159, 301  
 Fontainemelon, Infirmerie, 160  
 Fribourg :

- Clinique Garcia, *voir* Clinique laryngologique
- Clinique laryngologique du Dr Reymond, 182, 184, 249, 310
- Clinique Sainte-Anne, 165, 188, 259
- Hôpital des Bourgeois (Hôpital Notre-Dame), 6, 9, 10, 13-14, 16-18, 21-22, 25, 28, 34, 36, 42-44, 80, 83-84, 93, 133, 165, 195, 241-243, 267, 271
- Hôpital Daler, 145, 252
- Hôpital Saint-Pierre, 6
- Hospice cantonal/Hôpital cantonal, 79-85, 140, 177, 181-183, 202, 205, 208, 219, 222, 232, 241-244,

271, 283, 292, 294-296, 299, 304, 306

- Hospice de la Providence, 132-133, 267
- Orphelinat de la ville, 42, 44

## G

Genève :

- Asile de Bel-Air, 71, 100, 181
- Asile de Corsier, 45
- Asile de Loëx, 89, 235
- Asile Pinchat, 104, 113
- Asile des Vernets, 99
- Bains de Champel, 96
- Clinique Les Arolles du Dr Kummer, 96, 116
- Clinique du Dr Barde, 106-107, 166
- Clinique Beaulieu, *voir* Clinique des Drs Reverdin
- Clinique Belle-Rive, 248
- Clinique de Bois-Gentil, 310
- Clinique Cailler, 248
- Clinique de Carouge, 311
- Clinique de Champel-Elysée, 298, 310
- Clinique Florissant, 166
- Clinique générale de Genève SA, 165, 167-169, 184-187, 248-249, 310
- Clinique générale Beaulieu SA, 309
- Clinique des Grangettes, 184
- Clinique du Dr Haltenhoff, 107, 166
- Clinique des Drs Juillard et Martin, 96
- Clinique La Printanière, 248
- Clinique des Drs Reverdin, 166, 188, 310
- Clinique du Dr de Seigneux, 166
- Clinique Sylvana, 166
- Clinique de la Dr Welt, 166
- Colonie de Miolan, 101, 214

- Hôpital cantonal/HUG, 48-49, 67-74, 84, 86, 89, 101-104, 107, 141-142, 158, 166, 168, 177, 181, 187, 193, 196-197, 199, 202-205, 208, 214, 219, 225, 227, 232, 234-237, 240, 246, 249, 259, 265-269, 272, 283-284, 293-296, 299, 307, 309
  - Hôpital catholique de Plainpalais, 70, 141-142
  - Hôpital général, 12-15, 18-21, 24-28, 30, 33, 36-38, 45-49, 67, 69, 99-100, 141-142
  - Hôpital de Marlioz, 6
  - Hôpital de Notre-Dame du Pont, 6
  - Hôpital de Plainpalais (pestiférés), 8
  - Hôpital Rothschild, 84, 106-107, 166, 170, 208, 236-237, 247-248
  - Hôpital Saint-Antoine, 6
  - Hôpital de la Trinité, 6
  - Infirmerie/Hôpital Butini de Plainpalais, 101-102, 166, 168, 170, 214-215, 237, 247-248
  - Infirmerie du Prieuré, 96, 103-103
  - Maison Gourgas, 100, 103-106, 190, 208, 211, 214, 237, 247-248
  - Maternité, 96, 142, 237
  - Gilly, Pavillon de la Côte, 189, 228, 266, 306
  - Grand-Saint-Bernard, Hospice, 5, 6
- H**
- Humilimont, Sanatorium, 264
- L**
- Landeyeux, Hôpital du Val-de-Ruz, 131, 159, 212, 252, 297, 307
- Lausanne :
- Asile des aveugles/Hôpital ophthalmique, 76, 100, 108-110, 166, 169, 179-180, 200, 219, 238-239, 262, 265
  - Asile Boissonet, 59
  - Clinique de Beaulieu, 55, 92, 95-98, 112, 166, 188, 198-200, 246, 260
  - Clinique Bois-Cerf, 62, 113, 166, 309-310
  - Clinique Bonjour-Delorme, 96
  - Clinique Cecil, 184-185, 225, 246-247, 310
  - Cliniques du Dr Dufour, 166
  - Clinique de Longeraie, 239, 304
  - Clinique de Mont-Choisi (ou Montchoisi), 184, 246, 310
  - Clinique de Mont-Riant, 96, 185
  - Clinique La Pensée, 166
  - Clinique de la Providence, 96
  - Clinique de Rosemont, 96, 166
  - Clinique La Rosiaz, 310
  - Clinique de la Source, *voir* Clinique de Beaulieu
  - Clinique la Trinité, 170
  - Dispensaire central, *voir* Polyclinique médicale universitaire
  - Grand Hôpital (Hôpital de la Vierge), 6, 10, 13-15, 18-19, 21-22, 24-26, 28-30, 52
  - Hôpital Nestlé, *voir* Hôpital cantonal
  - Hôpital psychiatrique de Cery, 58, 76, 79, 202
  - Hospice cantonal/Hôpital cantonal/CHUV, 30-33, 36, 43, 52-59, 64, 73-79, 86, 96, 108, 110, 112-113, 118, 121, 126, 152, 158, 165, 177-180, 189, 192, 199, 202, 204-205, 208, 216-219, 227, 232, 237-240, 268-269, 272, 282, 284, 292-296, 299, 303-304, 307, 309
  - Hospice/Hôpital de l'Enfance, 97, 110-113, 123, 180, 200, 238-239, 304
  - Hospice/Hôpital orthopédique de la Suisse romande, 97, 111, 113-114, 130, 169-170, 178, 180, 199, 219, 226, 238-240, 292, 304

- Hospice/Hôpital Saint-Jean, 6, 12
- Hôtel Beau-Rivage, 165
- Infirmerie de la Source, 118, 300
- Institut mécano-thérapeutique/médico-mécanique, 97, 166
- Institut de physiothérapie/de rééducation, 113
- Lazaret de Montmeillan, 59, 73
- Polyclinique médicale universitaire, 76, 77, 112

Leysin :

- Clinique Les Arolles, 265
- Clinique Beau-Réveil, 265
- Clinique-manufacture, 190
- Clinique militaire suisse, 190
- Clinique Miremont, 265
- Cliniques du Dr Rollier, 97, 166, 190
- Clinique Vermont, 264
- Grand Hôtel, 185, 264
- Sanatorium Beau-Site, 190, 264
- Sanatorium Belvédère, 264
- Sanatorium du Chamossaire, 97
- Sanatorium des enfants, 170
- Sanatorium du Mont-Blanc, 264
- Sanatorium populaire, 170

Locle (Le), Hôpital, 152-153, 159, 200, 213, 284, 286, 307

Loèche :

- Hôpital bourgeoisial, 155
- Rheumaklinik, 264

**M**

Marsens, Hôpital psychiatrique, 42, 81, 87, 133

Martigny :

- Hôpital régional, 136-137, 190, 193, 196-197, 212, 224, 250, 252, 255, 262, 268, 293, 298
- Hospice de la ville, 135

Meyriez, Hospice/Hôpital, 283, 304

Meyrin, Hôpital de la Tour, 249, 310

Mont-Joux, voir Grand-Saint-Bernard

Montana :

- Berner Klinik, 265
- Clinique genevoise d'altitude, voir Sanatorium populaire genevois
- Luzerner Höhenklinik, 265
- Sanatorium Beauregard, 167
- Sanatorium Moubra, 175, 264
- Sanatorium populaire genevois, 170, 235, 265, 295
- Sanatorium Stephani, 167
- Sanaval, 190, 265, 285

Monthey :

- Hôpital médiéval, 6, 135
- Hôpital régional, 136-137, 190, 250, 252, 305
- Maison de santé de Malévoz, 85, 87, 136

Montreux, Infirmerie/Hôpital, 116-117, 119-121, 124-125, 154-155, 190-192, 200, 207-208, 210-212, 217, 219, 226, 250-252, 262, 275, 278, 296, 305

Morges :

- Clinique de Vert-Mont, 97
- Infirmerie/Hôpital, 116-117, 119-121, 124-125, 159, 211, 250-252, 275, 279, 297, 306

Mottex, Pavillon antituberculeux, 189, 262, 266, 305

Moudon :

- Hôpital médiéval, 6
- Infirmerie/Hôpital, 116, 119, 121, 123, 297, 307-308

Moutier, Hôpital de district, 146-147, 152, 160-162, 192, 194-195, 201, 203, 205, 208, 211, 213, 219, 250, 255-257, 262, 268-269, 273-274, 293, 297, 304, 306

Münsingen, Asile psychiatrique, 92

**N**

Neuchâtel :

- Hôpital de Chantemerle, 87-88, 144

- Hôpital Jeanjaquet, 132
  - Hôpital médiéval, 6, 10
  - Hôpital Pourtalès, 24-25, 30, 32-35, 49, 51-52, 59-64, 80, 87-88, 94, 97, 126-131, 142-144, 152, 158-159, 193-194, 196, 200, 202-203, 205, 214-216, 219-220, 223-226, 244-246, 273-274, 299, 301
  - Hôpital de la Providence, 61-62, 129, 142-144, 159, 201, 205-206, 208, 250, 262, 274, 288
  - Hôpital/Hôpitaux de la Ville, 10, 13, 15, 19-24, 27-28, 33, 38, 49-51, 88, 94, 126-127, 130, 144, 159, 190, 196, 199, 215, 244-246, 294, 301, 304
  - Maison de santé de Préfargier, 24, 38, 49, 88-89, 90, 94, 127-129, 131, 144, 159, 194
- Neuveville (La) :
- Mon Repos, 89
  - Hôpital de la ville, 22
- Nyon :
- Hôpital de la ville, 22
  - Infirmerie/Hôpital, 78, 116, 120-122, 125, 190, 199-200, 207, 217, 219, 226-228, 256, 262, 275, 278, 293, 306
  - La Métairie, 99-100, 184
- O
- Orbe :
- Hospice Sainte-Marie, 6
  - Hôpital de la ville, 22
  - Infirmerie/Hôpital, 115, 121, 125, 190, 207, 211, 251, 262, 275-276, 287, 300, 306
- P
- Payerne, Infirmerie/Hôpital, 116, 119, 121, 190, 200, 211, 220, 250-251, 273-275, 297, 305
- Perreux, Hospice, 87-90, 126, 159
- Peseux, Hospice de la Côte, 90
- Pizy, Hospice, 6
- Porrentruy, Hôpital, 6, 9, 13-15, 18-19, 22-25, 27-28, 30, 34, 36, 38-39, 51-52, 138-139, 146, 155, 158-159, 194, 197, 200, 205, 212, 219, 226, 250, 252, 262, 276, 288, 307-308
- Prangins, Les Rives de Prangins, 184
- R
- Riaz, Hospice/Hôpital de la Gruyère, 133-134, 190, 208, 213, 242, 252, 259, 261-262, 267, 269, 274, 277-278, 283, 304, 306
- Rolle, Infirmerie/Hôpital, 114-116, 119-122, 190, 200, 207, 212, 217, 221, 227, 257, 262, 274, 276, 288, 290, 297, 306, 308
- Romainmôtier, Infirmerie Contesse, 115-116, 301
- S
- Saignelégier, Hôpital de district, 139-140, 146-147, 197, 205-206, 219, 221, 223, 261, 267, 274
- Saint-Aubin, Hôpital de la Béroche, 131, 205, 208, 211, 252, 296, 307
- Saint-Imier, Hôpital de district, 91, 146-147, 190, 195, 208, 211, 219, 226, 262, 276, 288, 296, 304, 306
- Saint-Loup, Infirmerie/Hôpital, 74, 92-95, 97, 100-101, 104, 110-111, 114, 119, 121-122, 132, 168, 189-190, 192, 195, 197, 199, 217, 266, 274, 300, 306
- Saint-Maurice :
- Clinique Saint-Amé, 135-136, 249
  - Hospice, 5
- Sainte-Croix, Infirmerie/Hôpital, 119-121, 125-126, 155, 162-164, 207, 212, 251, 262, 269, 273, 276, 278, 288, 293, 297, 309
- Salquenen, Hospice, 5
- Sentier (Le), Hôpital de la Vallée de Joux, 173, 297, 306-307
- Sierre :
- Asile Saint-Joseph, 86, 135

- Clinique Beau-Site, 175, 188
- Clinique de la Providence, 188, 249, 185, 301, 304
- Foyer de la Providence, *voir* Clinique de la Providence
- Hôpital régional, 86-87, 135, 177-175, 193, 213, 250, 252-253, 262, 268, 274, 285, 301, 304

Simplon, Hospice Saint-Jacques, 5

Sion :

- Clinique générale, 136, 250, 255, 310
- Clinique du Dr Germanier, 40, 175, 188
- Clinique romande de réadaptation, 299
- Hôpitaux médiévaux, 6, 10
- Hôpital bourgeois (Hôpital Saint-Jean), 6, 10-11, 13, 15, 20, 25-26, 28, 39-42, 87, 173-175, 177
- Hôpital régional, 40, 173-175, 177, 196, 231, 254-255, 262, 267-268

## T

Tavannes, Infirmerie, 160  
 Tavel, Hospice, 133, 267, 304  
 Territet, Grand Hôtel, 97  
 Tour-de-Peilz (La), Hôpital, 6

## V

Valais, Hospice cantonal/Hôpital cantonal, 85-87

Vevey :

- Hôpital médiéval, 6
- Hôpital de la ville, 22
- Infirmerie/Hôpital de la Providence, 118, 144-145, 190, 196, 211, 251, 261-262, 274, 276, 296, 300
- Infirmerie/Hôpital du Samaritain, 116-122, 125, 145, 159, 207-208, 211-212, 226, 250-252, 262, 274, 305

Viège :

- Hospice de la ville, 135
- Hôpital régional, 173-174, 251, 262, 285-286

Villeneuve :

- Fondation Rive-Neuve, 309
- Hospice/Hôpital, 5-6, 10, 31, 36, 58

Vuachère (La), Hospice, 6

## Y

Yverdon :

- Bains, 165-166
- Infirmerie/Hôpital, 114, 116, 119-121, 190, 192, 205, 207, 211, 223-224, 250-251, 260-262, 269, 274-275, 287, 295, 306

## Z

Zurich, Hôpital cantonal, 158

## INDEX DES NOMS DE PERSONNES

### A

Aebischer, Patrick, 292

### B

Babel, Jean, 236

Bailly, Antoine, 302

Barbey, Caroline (née Boissier), 103

Barde, Jules-Auguste, 106, 166

Baswitz, Hermann, 147, 153

Beckers, Alexandre, 110

Bernard d'Aoste (saint), 5

Berthier, 15

Bider, Robert, 310

Bizot, Jean-François, 100

Blarer de Wartensee, Jacques-  
Christophe, 9

Blum, John, 248

Boissier, Agénor, 168

Boissier, Edmond, 95

Bonvin, Charles-Louis, 39

Borel, Alfred, 90, 129, 130

Borel, Antoine, 131

Borel, Cécile, 131

Borel, Jacques-Louis, 50

Borel, Marianne, 50

Bornand-Coulleru, Eugène, 163

Bourban, Pierre, 136

Bourget, Louis, 166, 170, 179

Bovet, Lucien, 180

Brandt, Louis, 150

Brunner, Paul, 220

Brunswick, de (duc), 69

Buffat, Jean-David, 246

Burnat, Raymond, 239

Butini, Adolphe, 93, 101, 103, 111,  
114, 214

Butini, Pierre, 27

### C

Calame, André, 249

Castella, Félix, 43

Castella, François de, 60-62, 64, 80,  
142

Ceppi, Ernest, 194

Cérenville, Edouard de, 77, 167

Chambrier, de (famille), 35

Chambrier, de, 149

Chambrier, Alexandre de, 245

Châtelain, Auguste, 88-89

Chessex, Ami, 167

Chrodegang (saint), 5

Clément, Gustave, 43, 84, 134, 165,  
183, 188

Clerc, Isaac-Henri, 63

Coindet, Jean-Charles, 99

Coindet, Jean-François, 27

Collomb, Auguste, 84

Combe, Adolphe, 112

Cornaz, Edouard, 61-62, 87-88, 130

Cornetz, 144

Coulon, de (famille), 35, 128  
 Coulon de Montmollin, 50  
 Courvoisier, Fritz, 150  
 Crousaz, Rodolphe de, 24

## D

Dapples, Charles, 111  
 Dapples, Edmond, 111  
 Dardel (famille), 35, 128  
 Daucourt, Ernest, 51  
 Decker, Pierre, 216-217, 238, 243, 282, 316  
 Delachaulme, 144  
 Dind, Emile, 77  
 Droël, 277  
 Dubas, Jean, 259  
 Dubied (famille), 164  
 Dubied, Jeanne, 164  
 Dubied, Madeleine, 164  
 Dubied, Paul-Edouard, 164  
 Dubois, Georges, 150  
 Duccoterd, Maurice, 84  
 Ducrey, Eugène, 157, 188  
 Ducrey, François, 41  
 Dufour, Marc, 76, 109, 166, 170, 179  
 Dufresne, Edouard, 141-142  
 DuPasquier, Gilbert, 193-194, 226  
 Dupraz, Alfred, 83  
 Duval, André, 103-104

## E

Emery, Alexandre, 166  
 Emery, Gustave, 166  
 Eperon, 110  
 Espine, Marc d', 99-100  
 Eynard-Lullin, Jean-Gabriel, 100

## F

Faller, Roger, 256, 269  
 Falret, 127  
 Fauconnet, Charles, 100  
 Fauquex, Félicie, 115  
 Favon, Georges, 73  
 Fazy, James, 67-69  
 Ferrus, 127

Figuière, Christian, 99  
 Franceschetti, Adolphe, 236  
 Francken, William, 228

## G

Gasparin, Agénor de, 95  
 Gasparin, Valérie de, 95-96  
 Gautier, Léon, 101  
 Gautier, Victor, 101  
 Gerbex, Léger-Louis, 83  
 Gerffer, Simon-Tobie, 17-18  
 Germanier, Alfred, 40, 175, 188  
 Germond, Henri, 93-94, 115  
 Germond, Louis (1796-1868), 93, 110, 114, 153  
 Germond, Louis (1825-1884), 93, 114  
 Germond, Paul, 93  
 Gilliland, Pierre, 302  
 Godet, 50  
 Godin, Catherine, 61  
 Goetz, Edouard, 168  
 Golaz André, 279  
 Gonin, Jules, 179  
 Gourfein, David, 166  
 Gruyer (baron), 110  
 Gruyère, de (comte), 9  
 Guillebert, Alphonse, 35  
 Guillermet, Louis, 67

## H

Haldimand, William, 100, 108  
 Haldimann, 263  
 Haltenhoff, Georges, 107, 166, 170  
 Herrenschwand, Max von, 161-162  
 Hochberg, Jeanne de, 10  
 Humbert (famille), 129  
 Humbert, Eugène, 129  
 Humbert, Paul, 129  
 Humbert, Paul-Eugène, 129

## I

Itten, 268

## J

Jaccard-Dériaz, Louis, 163

Jeanjaquet, Cécile, 132  
 Jeanjaquet, Gustave-François, 132  
 Jequier (famille), 164  
 Joël, François, 111  
 Joly, Abraham, 15  
 Joseph II, 22  
 Juillard, 96  
 Jurine, Louis, 27

**K**

Kalbermatten, Josef de, 285  
 Kalbermatten, 137  
 Kaufmann, Konstantin, 84  
 Keller-Kohler (famille), 34  
 Kocher, Theodor, 74, 188  
 Krafft, Charles, 95-97, 166, 170, 188, 198  
 Kummer, Ernest, 101-102, 166, 199, 214

**L**

La Harpe, Jean de, 55  
 Larguier, 57  
 Larguier des Bancels, Jacques, 77  
 Lister, Joseph, 55  
 Livio, Jean-Jacques, 240  
 Loës, Aloys de, 115  
 Lombard, Alexis, 168-169  
 Lydie (sœur), 50

**M**

Martin, 96  
 Martin, Edouard, 104-105, 113  
 Martin, Henri, 113  
 Marval, de (famille), 35, 128  
 Marval, Carle de, 193, 196  
 Marval, Charles-François de, 61, 127  
 Matthey, César, 130  
 Maunoir, Paul, 104  
 Maunoir, Théodore, 100  
 Mayor, Charles-Louis, 57  
 Mayor, François-Isaac, 99  
 Mayor, Mathias, 55, 57  
 Mercanton, Victor, 112-113, 180  
 Mercier, 49

Mercier, Jean-Jacques, 86, 174  
 Meuron, de (famille), 35, 128  
 Meuron, Auguste-François de, 127  
 Meuron, Auguste-Frédéric de, 127-128  
 Meuron, Cécile de, 50  
 Meuron, Charles de, 223  
 Meuron, Frédéric de, 149  
 Meuron, Louis de, 50  
 Monnard, Charles, 58  
 Montmollin, de (famille), 35  
 Montmollin, Auguste de, 51, 144  
 Montmollin, François de, 61, 144  
 Montmollin, Frédéric-Auguste de, 144  
 Montmollin, Georges de, 144  
 Montmollin, Henri de, 51, 144  
 Montmollin, Jacques de, 130, 224  
 Montmollin, Jean-Pierre de, 245  
 Morin, Fritz, 167, 170  
 Muller, Albert de, 80  
 Muralt, de, 35  
 Musy, Jean-Marie, 84-85

**N**

Naef, A.-P., 260-261  
 Neuhaus, Frank, 161  
 Nicod, Placide, 113, 166, 170, 178  
 Nicolas, Charles, 144

**O**

Odier, Louis (1748-1817), 26  
 Odier, Louis (1836-1879), 71  
 Ody, François, 183, 222  
 Olivier, Charlotte, 189  
 Olivier, Eugène, 8, 26, 28-29, 189  
 Orléans-Longueville, Henri II d', 10  
 Ostertag, Marie-Eve, 25  
 Ostertag, Mathias, 25

**P**

Paillard (famille), 163  
 Paillard, Amédée, 163  
 Pernod, Louis, 90  
 Perregaux, Armand-Frédéric, 131

Perregaux, Henri, 153  
 Perret, de (famille), 35  
 Péteut, Louis, 147  
 Petitpierre, Julie, 50  
 Petitpierre, Max, 194  
 Petrig, Viktor, 174, 286  
 Pettavel, Charles, 226  
 Picot, Constant, 103  
 Picot, Léon, 180  
 Pictet, Ferdinand, 100  
 Pidoux, Philippe, 295  
 Pierre, de (famille), 35  
 Piller, Joseph, 183  
 Piotet, Gustave, 227-228, 269  
 Polier, 14  
 Pometta, 157  
 Porret, Pierre, 277  
 Porte, Georges, 236  
 Pourtalès, de (famille), 34-35, 149  
 Pourtalès, Albert de, 129  
 Pourtalès, Frédéric de, 35, 142-143  
 Pourtalès, Jacques-Louis de, 30, 34, 59  
 Pourtalès, James-Alexandre de, 61  
 Pourtalès, Louis de, 142  
 Pury, de (famille), 33, 35, 128, 130  
 Pury, David de, 23, 126-127  
 Pury, Edouard de, 34  
 Pury, Elise de, 127  
 Pury, François de, 34, 51, 130  
 Pury, Sophie de, 34, 94  
 Pury-Muralt, Alphonse de, 35  
 Python, Georges, 79, 82-85, 134

## Q

Quervain, Frédéric de, 151  
 Quinche, Pierre, 23  
 Quiquerez, Auguste, 147

## R

Ratzé, Jean-Pierre, 17-18  
 Rau, Oscar, 122  
 Recordon, Frédéric, 108  
 Repond, Paul, 87  
 Reverdin, Auguste, 166  
 Reverdin, François, 248, 309

Reverdin, Jacques-Louis, 166  
 Revilliod, Eugène, 104  
 Rey-Stocker, Irmi, 253  
 Reymond, Henri, 183  
 Reynier, de (famille), 128  
 Reynier, Léopold de, 50  
 Rilliet, Frédéric, 99  
 Rive, Gaspard de la, 27  
 Robert (famille), 35  
 Rodolphe (seigneur), 6  
 Roggo, Adolphe, 243  
 Rollier, Auguste, 167  
 Röntgen, Wilhelm, 65  
 Rosenblatt, 227-228  
 Rothschild, Adolphe de, 106  
 Roulet, Albert-Louis, 129, 144  
 Roux, César, 43, 74, 95-96, 119, 165-166, 175, 180  
 Rubin, Pascal, 292  
 Ruffy, Eugène, 76

## S

Sandoz-Morthier, Louis, 150  
 Sandoz-Rollin (famille), 35  
 Schärer, 91  
 Scheurer, P., 192  
 Scholder, Charles, 166, 170  
 Schüler, Ignace, 15  
 Schwab, Samuel, 91  
 Séchehaye, Léon, 248  
 Secrétan, 57  
 Secrétan, Alfred, 263  
 Secrétan, Louis, 167  
 Seigneux, Raoul de, 166  
 Senn, François-Louis, 33  
 Senn, Jérémie-Marc, 33  
 Steinlen, Aimé, 110  
 Steinlen, Caroline (née Germond), 110  
 Stephani, Théodore, 167, 174  
 Stroehlin, Jean-Baptiste, 99-100  
 Stucki, David, 252

## T

Taugwalder, Rodolphe, 285

Tenon, 22  
 Terrier, Georges, 233, 253  
 Tissot, Samuel-Auguste, 28-30  
 Thienne, Georges de, 115  
 Thomas, Emile, 168  
 Thorens (famille), 163  
 Thurler, Jean-Baptiste, 80  
 Torche, Paul, 241  
 Tribolet, de (famille), 128  
 Tribolet, Charles-Louis-Frédéric de,  
     95  
 Tribolet, Marie de, 95  
 Turini, Gustave, 86, 135, 174

**V**

Vaegeli, 96

Vaucher, Edouard, 153  
 Verdand, Claude, 239, 304  
 Vernet, 103  
 Verrey, André, 219  
 Verrey, Louis, 62, 166, 170  
 Villoz, Pierre, 260  
 Vuarin, Jean-François, 141-142  
 Vuillet, Henri, 180

**W**

Wattenwyl, Louis de, 139  
 Wavre (famille), 83  
 Welt, Léonara, 166, 170

**Z**

Zwahlen, Eugène, 279

IMPRIME  
RIE MEDE  
CINE **m+h**  
HYGIENE

août-2003

### L'ouvrage

Cet ouvrage, rendu possible par l'Association des directeurs d'établissements hospitaliers de Suisse romande (ADEHR), offre pour la première fois au lecteur une vue synthétique de l'histoire des hôpitaux de Suisse romande. Il montre comment on est passé des hospices médiévaux, destinés à l'accueil des miséreux, aux hôpitaux modernes équipés de matériel de haute technologie. Or, l'arrivée de notre médecine contemporaine ne s'est pas faite sans difficulté. Il a notamment fallu compter avec la professionnalisation du personnel infirmier, les revendications des médecins, la recherche de nouvelles ressources financières, les diverses innovations thérapeutiques, autant d'éléments déterminants abordés dans ce travail. Réalisé grâce à la consultation de nombreux documents d'archives des hôpitaux romands, ce livre se veut aussi bien une introduction à l'histoire des hôpitaux, qu'une invitation à la réflexion sur nos systèmes hospitaliers contemporains.

### L'auteur

Pierre-Yves Donzé a été chargé de recherche à l'Institut universitaire romand d'histoire de la médecine et de la santé (Université de Lausanne). Il en est actuellement collaborateur libre et est assistant à l'Université de Neuchâtel. Il est l'auteur d'un ouvrage sur l'Hôpital bourgeois de Porrentruy et de plusieurs articles sur l'histoire des hôpitaux. Lauréat du Prix Sigerist d'histoire de la médecine (2000) et de la Médaille de la Société française d'histoire des hôpitaux (2002), il poursuit actuellement ses recherches pour la réalisation d'une thèse sur l'histoire économique des hôpitaux romands.

2-8257-0829-1



9 782825 708293