

Micheline LOUIS-COURVOISIER

# Soigner et consoler

La vie quotidienne  
dans un hôpital  
à la fin de l'Ancien Régime

Genève 1750-1820

georg  
ÉDITEUR

Bibliothèque d'histoire  
de la médecine et de la santé

# SOIGNER ET CONSOLER

La vie quotidienne dans un hôpital  
à la fin de l'Ancien Régime  
(Genève, 1750-1820)



# GENEVA CIVITAS.



- A. S. Pierre
- B. Magdelaine
- C. S. Germain
- D. S. Genes
- E. L. Hospital
- F. Porte de Rue
- G. Maison de ville
- H. Arsenal
- I. Place du Meland
- K. La Fufloric
- L. Tour de la Tortasse
- M. La Monnoye
- N. Tour de l'Esle
- O. Grenier de Chamiepulet
- P. Gille des Barques
- Q. Fleuve du Rhos

Au même titre que la cathédrale St-Pierre, l'Hôpital, muni de sa grande flèche, est surdimensionné par rapport à tous les autres bâtiments représentés sur cette gravure.

Micheline LOUIS-COURVOISIER

# SOIGNER ET CONSOLER

La vie quotidienne dans un hôpital  
à la fin de l'Ancien Régime  
(Genève 1750-1820)

BIBLIOTHÈQUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE  
ET DE LA SANTÉ





## **Remerciements:**

Cet ouvrage a pu voir le jour grâce à l'aide généreuse:

- du Département de l'action sociale et de la santé du canton de Genève et son conseiller d'Etat, Monsieur Guy-Olivier Segond;
- de la Société d'Histoire de la Suisse romande;
- de l'Université de Genève.

Nous tenons à les en remercier vivement.

## **BIBLIOTHÈQUE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA SANTÉ**

### **Comité de rédaction:**

Mmes Geneviève Heller, Micheline Louis-Courvoisier  
MM. Vincent Barras, Andrea Carlino, Bernardino Fantini, Jacques Gasser

### **Conseillers éditoriaux:**

MM. Bertrand Kiefer, Henri Weissenbach

### **Rédaction:**

Institut 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.

Illustration de couverture: plan des bâtiments de l'Hôpital général de Genève, tiré du plan Billon (1726), planche 13-14, conservé aux Archives de l'Etat de Genève

Graphisme de couverture: François Meyer, Gordon Zola, Grafex Fonderie, Carouge

Mise en pages: Compotronic SA, Boudry (NE)

© 2000 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 2-8257-0694-9

ISSN 1424-5388

*Pour Olivier, Céline et Stéphane*

# SOMMAIRE

|                    |    |
|--------------------|----|
| AVANT-PROPOS ..... | XV |
| INTRODUCTION ..... | 1  |

## CHAPITRE PREMIER

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| LES MALADES ET LEUR ENTRÉE DANS L'HÔPITAL .....                             | 17 |
| A) L'Hôpital pour tous .....                                                | 19 |
| 1. L'unique institution charitable à Genève .....                           | 19 |
| 2. L'assistance à domicile .....                                            | 21 |
| 3. Assistance dans l'institution .....                                      | 24 |
| a) <i>Malades ou valides: une question anachronique</i> .....               | 24 |
| b) <i>Les valides «certifiés»</i> .....                                     | 25 |
| c) <i>Quand le scribe atteste de la maladie</i> .....                       | 33 |
| B) Entrer à l'Hôpital .....                                                 | 34 |
| 1. Explications méthodologiques .....                                       | 35 |
| 2. Les malades en augmentation .....                                        | 37 |
| 3. L'Hôpital caméléon face aux maladies .....                               | 40 |
| a) <i>Un centre d'hygiène pour les maladies de la peau</i> .....            | 47 |
| b) <i>Un centre «d'urgences» pour les blessés et certains malades</i> ..... | 51 |
| c) <i>Un abri pour les aliénés</i> .....                                    | 53 |
| d) <i>Une mise à l'écart des vénériens</i> .....                            | 58 |
| e) <i>Un refuge pour les filles-mères</i> .....                             | 62 |
| f) <i>Un échec pour d'autres maladies ?</i> .....                           | 68 |
| 4. Un profil social complémentaire aux maladies .....                       | 71 |
| a) <i>Le célibat: une nécessité ?</i> .....                                 | 71 |
| b) <i>L'homme et la fleur de l'âge</i> .....                                | 72 |
| c) <i>Une question de distance</i> .....                                    | 75 |



|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 5. Un séjour à l'Hôpital .....           | 77 |
| a) <i>Le temps du séjour</i> .....       | 78 |
| b) <i>Le « confort » du séjour</i> ..... | 78 |

## CHAPITRE DEUXIÈME

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| LE PREMIER CONTACT DU MALADE: LA DIRECTION,<br>SA STRUCTURE, SES INITIATIVES MÉDICALES ..... | 83 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A) Pouvoir et contre-pouvoir .....                                              | 85  |
| 1. Une tutelle politique incontestée .....                                      | 86  |
| a) <i>Un contrôle social efficace</i> .....                                     | 86  |
| b) <i>Pourquoi devenir directeur?</i> .....                                     | 88  |
| c) <i>Une continuité sans rupture</i> .....                                     | 91  |
| 2. Le poids de la Compagnie des pasteurs .....                                  | 95  |
| a) <i>La présence religieuse : un contre-pouvoir tacite mais efficace</i> ..... | 96  |
| b) <i>Un relais d'information et de propagande</i> .....                        | 98  |
| 3. La population : un contre-pouvoir presque muselé .....                       | 100 |
| a) <i>La collecte comme moyen de pression</i> .....                             | 100 |
| B) Les initiatives médicales prises par la direction.....                       | 104 |
| 1. La liberté et la curiosité .....                                             | 104 |
| a) <i>Le pasteur et l'épileptique</i> .....                                     | 105 |
| b) <i>Libre recours à divers thérapeutes</i> .....                              | 106 |
| 2. Un accent sur la santé publique .....                                        | 107 |
| a) <i>Importance de l'hygiène</i> .....                                         | 108 |
| b) <i>Espace donné à l'inoculation</i> .....                                    | 113 |
| c) <i>Guérir les vénériens malgré la morale ?</i> .....                         | 118 |
| 3. Un regard lucide sur les aliénés.....                                        | 120 |
| C) A proximité des malades .....                                                | 123 |
| 1. La direction n'est rien sans l'hospitalier .....                             | 124 |
| a) <i>Une vocation impliquant toute la famille</i> .....                        | 125 |
| b) <i>L'hospitalier et les malades</i> .....                                    | 126 |
| c) <i>Abraham Joly</i> .....                                                    | 128 |
| 2. Le pasteur-résident.....                                                     | 132 |
| a) <i>Une consolation thérapeutique</i> .....                                   | 133 |
| b) <i>Un moyen de contrôle</i> .....                                            | 135 |

## CHAPITRE TROISIÈME

### AU LIT DU MALADE : GOUVERNEURS

### ET GOUVERNANTES, VALETS ET DOMESTIQUES ..... 139

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| A) Domestiques ou infirmiers (ères)? .....                      | 143 |
| 1. Gouverneurs et gouvernantes, servantes et valets .....       | 143 |
| 2. Formation .....                                              | 146 |
| 3. Qualités requises .....                                      | 148 |
| a) <i>En faveur de l'institution</i> .....                      | 148 |
| b) <i>En faveur des malades</i> .....                           | 154 |
| B) Une vocation pour laïcs? .....                               | 159 |
| 1. Recrutement .....                                            | 160 |
| 2. Conditions de travail .....                                  | 165 |
| 3. Féminisation .....                                           | 170 |
| C) Un office reconnu? .....                                     | 172 |
| 1. Valorisation du personnel soignant .....                     | 172 |
| 2. David Haas ou l'importance d'une histoire individuelle ..... | 174 |

## CHAPITRE QUATRIÈME

### LE MALADE ET LE MÉDECIN ..... 181

|                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| A) Structure du corps médical .....                                        | 184 |
| 1. Formation du médecin .....                                              | 184 |
| a) <i>Les études</i> .....                                                 | 184 |
| b) <i>L'agrégation</i> .....                                               | 186 |
| 2. La formation du chirurgien .....                                        | 188 |
| a) <i>Les différentes composantes de la chirurgie</i> .....                | 190 |
| b) <i>La maîtrise</i> .....                                                | 192 |
| 3. De l'apprenti à l'universitaire : la chirurgie en pleine mutation ..... | 196 |
| B) Où la pratique rend les structures confuses .....                       | 199 |
| 1. Le rapport au corps du malade .....                                     | 199 |
| 2. La relation médecin-malade .....                                        | 202 |
| 3. Le chirurgien aux mille facettes .....                                  | 206 |
| a) <i>Un bon chirurgien n'opère pas</i> .....                              | 206 |
| b) <i>La réalité quotidienne définit la pratique professionnelle</i> ..... | 208 |

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| c) <i>Extension du domaine chirurgical</i> .....                                                            | 210 |
| d) <i>Etienne Meschinnet et Daniel Guyot : deux maîtres chirurgiens<br/>qui ne se ressemblent pas</i> ..... | 213 |
| C) La rivalité ou la complicité transcendent les structures<br>et les pratiques .....                       | 217 |
| 1. La dépendance du chirurgien .....                                                                        | 217 |
| 2. La collaboration est possible .....                                                                      | 219 |
| D) Le corps médical et l'Hôpital .....                                                                      | 221 |
| 1. Les médecins et chirurgiens hospitaliers .....                                                           | 222 |
| 2. Les subalternes et les empiriques .....                                                                  | 224 |
| 3. Que représente l'Hôpital aux yeux du corps médical ? .....                                               | 228 |
| 4. Esquisse d'un lieu de recherche et de formation .....                                                    | 230 |
| a) <i>Pour le corps médical</i> .....                                                                       | 230 |
| b) <i>Pour le développement de la science médicale</i> .....                                                | 234 |
| 5. Pratique privée et pratique hospitalière.....                                                            | 238 |

## CHAPITRE CINQUIÈME

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| SORTIR DE L'HÔPITAL .....                                        | 243 |
| A) La mortalité hospitalière .....                               | 243 |
| 1. Le poids de la mort .....                                     | 243 |
| 2. Pourquoi un tel tribut? .....                                 | 246 |
| 3. Inégalité des sexes devant la mort .....                      | 248 |
| 4. L'Hôpital face à la mort .....                                | 249 |
| B) Sujet d'inquiétude, de rejet ou refuge pour les vivants ..... | 251 |
| 1. Pour aller où? .....                                          | 251 |
| 2. Un refuge nécessaire pour certains .....                      | 253 |
| a) <i>Revenir à l'Hôpital</i> .....                              | 253 |
| b) <i>Payer pour entrer</i> .....                                | 255 |
| 3. L'aversion des autres .....                                   | 257 |
| a) <i>Le refus d'entrer</i> .....                                | 257 |
| b) <i>La fuite</i> .....                                         | 258 |
| CONCLUSION .....                                                 | 261 |
| ANNEXE 1 .....                                                   | 273 |

|                                              |     |
|----------------------------------------------|-----|
| ANNEXE 2 .....                               | 277 |
| ANNEXE 3 .....                               | 281 |
| ANNEXE 4 .....                               | 285 |
| SOURCES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... | 293 |
| CRÉDITS DES ILLUSTRATIONS.....               | 311 |
| INDEX GÉNÉRAL .....                          | 313 |

## AVANT-PROPOS

Un jour, lors d'une émission de radio française, un professeur de médecine évoquait la question des admissions au sein d'un hôpital. Il faisait allusion à un certain nombre de personnes, qui, alors qu'elles étaient dans une situation sociale désespérée, tentaient de trouver une raison médicale pour être acceptées dans un établissement hospitalier. Son propos n'était pas de condamner une telle attitude, mais plutôt de relever que l'hôpital gardait une fonction sociale en cette fin de siècle, et ce malgré une médicalisation extrême. Par ailleurs, l'afflux de malades hospitalisés à la veille des vacances tend également à éclairer l'institution sous son angle social, et à montrer que dans certains cas, le concept médical est, encore aujourd'hui, difficile à distinguer du concept social. Finalement, à quoi sert donc un hôpital? Si ce n'est pas aux historiens de répondre à cette question pour l'époque contemporaine, ils peuvent en revanche la poser pour les hôpitaux du passé. En les mesurant à l'aune de la médecine hospitalière du XX<sup>e</sup> siècle, on a trop longtemps pensé que les institutions hospitalières de l'Ancien Régime faisaient office de mouiroirs, d'asiles dans lesquels enfermer des aliénés, des mendiants ou des délinquants, au mieux d'un toit pour les sans-abri. Or, un examen plus minutieux met en relief la dimension médicale de ces établissements, qui, au-delà de leur rôle de régulateur social, sont capables de développer un réseau efficace de prise en charge des maladies et des malades. On constate alors que l'institution offre un secours adéquat pour certaines affections, telles que les pathologies liées à la peau ou à l'aliénation, les maladies vénériennes, ou encore les blessures. En outre, médecins et chirurgiens, mais aussi directeurs et domestiques constituent autant de relais de soins qui convergent au chevet du malade, et qui conjuguent leurs efforts pour le guérir, ou au moins pour le soulager; et ceci sans les développements technologiques actuels qui, sous l'Ancien Régime, n'étaient pas même à l'état de balbutiements. Restituer l'importance des soins accordés aux malades dans un hôpital de la fin de l'Ancien Régime, tel est l'objectif de cet ouvrage<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ce livre est le résultat d'une thèse de doctorat effectuée à l'Université de Genève, département d'histoire générale, défendue en juin 1997, sous le titre: *Les protagonistes de la santé et de la maladie à l'Hôpital général de Genève, 1750-1820*.



\* \* \* \*

Mes premiers remerciements s'adressent au professeur Louis Binz, qui d'une part m'a sensibilisée à l'importance capitale de l'archive, et d'autre part m'a montré le chemin du respect de l'individu dans le travail historique. Ma gratitude se porte ensuite vers le professeur Bernardino Fantini, qui m'a procuré les moyens et le cadre idéal pour entreprendre une thèse, les professeurs François Walter et Vincent Barras, qui m'ont encouragée de leurs conseils méthodologiques, sans lesquels je ne serais pas arrivée au bout de cette recherche. Elle s'adresse également au professeur Olivier Faure, qui a orienté les débuts de ma recherche, notamment par ses travaux, mais aussi par l'ouverture dont il a fait preuve lors de nos discussions, disponibilité que j'ai également eu la chance de trouver auprès des professeurs Othmar Keel et John Henderson. Que soient aussi vivement remerciés ma mère, Denise Courvoisier, et mes amis, Caroline Maunoir, Brigitte Clerc, Béatrice Nicollier, Catherine Fuchs, Andrea Carlino, Eliane Lehmann, Danièle Calinon et le professeur Philippe Mudry, qui m'ont tous donné de leur temps en acceptant de partir à la chasse aux anacoluthes, archaïsmes et autres virgules mal placées, qui s'égrénaient au fil de ce texte; merci aussi à Philip Rieder, venu à mon secours chaque fois que mes compétences informatiques étaient dépassées, et à Suzanne Ostini, dont l'aide m'a été très précieuse pour la recherche iconographique. Merci également au personnel des Archives cantonales genevoises, et particulièrement à Barbara Roth, qui a eu la gentillesse de me signaler plusieurs documents du plus grand intérêt. Ma reconnaissance s'adresse enfin à tous les membres de l'Institut Louis Jeantet d'histoire de la médecine, qui m'ont non seulement fourni une structure nécessaire à l'élaboration de ce travail, mais surtout toute la chaleur humaine nécessaire pour lutter contre le dessèchement que procure parfois un travail intellectuel.

## INTRODUCTION

---

Institution d'une longévité remarquable, l'Hôpital général genevois a été créé en 1535, et conserve sa structure, à quelques modifications secondaires près, jusqu'en 1864. A cette date s'opère la distinction géographique entre hôpital et hospice, entre aide médicale et secours sociaux. Pendant plus de trois siècles, valides et malades s'y côtoient, dans des proportions qui varient au fil du temps. Mais en 1807 encore, l'institution se veut toujours une réponse à la misère en général: «L'Hopital était appelé Hopital general parce qu'il était destiné à tous les genres de services que reclamaient les indigens.»<sup>1</sup> Cette stabilité du projet et de son application est en partie due à une grande homogénéité de sa direction, capable de traverser les tourmentes politiques de la fin de l'Ancien Régime sans sérieuse remise en question. La cohérence administrative permet d'ailleurs également des relations très étroites entre la cité et l'institution.

Ville en pleine expansion, passant de 16.200 habitants en 1690, à 27.400 en 1790<sup>2</sup>, véritable «chantier» pendant tout le XVIII<sup>e</sup> siècle, Genève est gouvernée par un groupe de familles patriciennes de plus en plus puissant au fil des siècles, ressemblant de très près à une oligarchie. Le Petit Conseil, ou Conseil ordinaire, représentant le pouvoir exécutif, est composé de 25 membres, dont quatre syndics, qui appartiennent presque tous à cette élite politique, économique et sociale. Le Conseil des Deux-Cents est quant à lui un peu plus ouvert, puisqu'il comporte environ 200 membres; il constitue le pouvoir législatif, tandis que tous les bourgeois<sup>3</sup>

<sup>1</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, p. 8, 11.3.1807, lettre écrite par Abraham Joly. Par souci de simplification et de légèreté, je n'ai pas jugé nécessaire de garder le qualificatif de «général» à côté du terme d'Hôpital.

<sup>2</sup> PIUZ 1990, p. 15.

<sup>3</sup> Est bourgeois celui qui a acheté ses lettres de bourgeoisie. Sur la question des classes politiques, voir PERRENOUD 1979, pp. 182 et suivantes.

et citoyens<sup>4</sup> appartiennent au Conseil général, dont la tâche se résume à élire les syndics, le lieutenant<sup>5</sup>, les auditeurs<sup>6</sup> et les châtelains<sup>7</sup>. De manière générale et schématique, la magistrature, les professions libérales et le négoce, particulièrement dans les secteurs de l'horlogerie et l'orfèvrerie sont exercés par les citoyens et les bourgeois. Les membres de la direction hospitalière relèvent de cette frange de la population, de même que les médecins, les maîtres en chirurgie dans une moindre mesure. Au bas de l'échelle sociale, on trouve habitants<sup>8</sup>, natifs<sup>9</sup> et sujets<sup>10</sup>, qui forment avec les étrangers près des trois quarts de la population genevoise<sup>11</sup>. Les natifs forment le gros de la main-d'œuvre dans l'industrie et dans l'artisanat, tandis que les habitants et les étrangers se répartissent dans les secteurs de l'artisanat, de l'agriculture et de la construction. En dépit du manque de données, on peut supposer qu'une grande partie des malades et, plus globalement des assistés, est issue des catégories sociales les moins favorisées. Dans cette optique, l'Hôpital représente, au même titre que la cour du lieutenant par exemple, ou que le Consistoire<sup>12</sup>, un des points de rencontre entre ces deux mondes, bien que cette rencontre ne soit pas basée sur un échange ou un dialogue d'égal à égal, car la direction est toute-puissante, et les malades complètement dépendants. Et c'est par le biais de l'institution que peut s'établir non seulement un réseau, mais surtout le contrôle social de la classe dirigeante sur le peuple, puisque chaque directeur a connaissance de tout ce qui se passe dans le quartier dont il est responsable. Ce contrôle se manifeste d'ailleurs très concrètement, puisque tout bourgeois ou citoyen tombant à long terme sous la dépendance de l'institution se voit privé de ses droits de citoyenneté, tandis que celui qui n'est assisté qu'occasionnellement peut les conserver<sup>13</sup>. D'une certaine manière, l'Hôpital résume la société dont il est issu, puisque l'on y trouve malades et valides, les différents pouvoirs en fonction dans la cité, et les soignants, qu'ils appartiennent au corps médical ou non. Une grande

<sup>4</sup> Tous les descendants d'un bourgeois sont citoyens. A Genève, seuls les bourgeois et citoyens peuvent jouir des droits civiques.

<sup>5</sup> Magistrat choisi parmi les membres du Petit Conseil, président pour un an de la cour du Lieutenant, dont les compétences sont à la fois civiles et pénales; voir ROTH-LOCHNER 1992, p. 85.

<sup>6</sup> Les assesseurs du Lieutenant; ROTH-LOCHNER 1992, p. 86.

<sup>7</sup> Qui exercent les mêmes fonctions que le Lieutenant, dans les territoires de la campagne.

<sup>8</sup> C'est-à-dire ceux qui ont obtenu une lettre d'habitation, après avoir été recommandés par un témoin, et cautionnés par un bourgeois; voir PERRENOUD 1979, p. 184.

<sup>9</sup> Les descendants des habitants.

<sup>10</sup> Ceux qui habitent à l'extérieur des murs, dans des territoires appartenant à la République.

<sup>11</sup> Voir PERRENOUD 1979, p. 192.

<sup>12</sup> Sorte de tribunal ecclésiastique, composé des pasteurs de la ville et de dix laïcs.

<sup>13</sup> Décision rediscutée et réaffirmée en 1757; AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 174, 30.11.1757.

majorité des protagonistes de la maladie et de la santé, de la pauvreté et de la charité sont donc soumis au regard du chercheur qui s'intéresse à l'institution.

Si l'Hôpital a été le point de départ de ce travail, très vite mon attention s'est portée sur les malades de l'institution, catégorie de la population hospitalière définie comme telle par les autorités de l'époque, difficile à saisir pour l'historien d'aujourd'hui. Or, pour comprendre non seulement qui sont ces malades, mais aussi ce que l'institution peut leur offrir, il est nécessaire de mettre en évidence les mécanismes de prise en charge de la maladie et de la pauvreté dans l'institution genevoise, et de définir les différents acteurs en présence. Bien que sa maladie soit réelle, et indépendante de l'établissement, le malade hospitalisé entre dans un univers où il se définit par rapport à la direction, monopolisatrice du droit d'admission. Celle-ci constitue le deuxième chapitre de cette étude, tandis que le personnel soignant et le corps médical, autres protagonistes directement liés aux malades, sont traités respectivement dans le troisième et le quatrième chapitre. Le cinquième et dernier chapitre retrouve les malades, et les difficultés rencontrées lors de leur sortie de l'établissement.

Les malades hospitalisés représentent ainsi le premier volet de ce travail, avec comme question initiale: pourquoi aller à l'Hôpital quand on est malade au XVIII<sup>e</sup> siècle? Lors de mon mémoire de licence portant sur l'Hôpital de Genève entre 1545 et 1555, j'ai pu constater avec étonnement qu'environ 25% de la population hospitalisée était qualifiée de malade. Des sources très lacunaires, et un objectif visant plus une histoire institutionnelle qu'une étude approfondie relative à ces malades, ont mis en veilleuse ce résultat surprenant. Six ans plus tard, cet étonnement a saisi une occasion de resurgir et de se transformer en curiosité. Mais cette fois, par prudence, j'ai décidé de concentrer mon attention sur la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle et les deux premières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, pour deux raisons de nature totalement différente. D'une part, ayant souvent lu que cette période connaît de grandes transformations dans le domaine de la médecine en général, et surtout avec l'essor de la chirurgie et les mutations profondes de la médecine hospitalière, j'avais envie de voir dans quelle mesure l'institution genevoise s'inscrivait dans ces modifications. D'autre part, les archives hospitalières, très bien conservées aux Archives d'Etat de Genève et particulièrement riches pour cette époque, étaient susceptibles d'offrir quelques réponses aux questions posées.

Paradoxalement, les malades sont partout et nulle part dans ces archives. Partout, notamment sous forme d'énumération très elliptique

dans les *registres des entrées et sorties*. Commencés en 1654, ils enregistrent, comme leur nom l'indique, toutes les entrées et les sorties, non seulement des malades, mais aussi bien entendu des valides et du personnel de l'institution. Durant la période qui nous intéresse, les scribes ont été généralement consciencieux, et ont noté avec précision les mouvements hospitaliers, sauf pour les années 1777 à 1781, incluses, pour lesquelles les informations sont tellement lacunaires et insuffisantes qu'il a été impossible d'en tenir compte; il en est de même pour 1771, qui, si l'on en croit la source, n'aurait compté que 34 malades en tout, chiffre bien peu probable. Ces lacunes s'expliquent peut-être par le changement de secrétaire qui s'opéra au mois de juin. Le flou des données concerne surtout la distinction faite entre malade et valide, distinction qui se trouve au cœur de ce travail. Pour les autres années, les scribes montrent une certaine cohérence qui incite à la confiance et permet ainsi des comptages.

Ces registres font preuve la plupart du temps d'une certaine sécheresse, qui n'empêche toutefois pas l'émotion, à travers le récit, en une ligne, d'un drame entraînant une famille ou un individu dans des difficultés majeures. La femme de Rodolphe Redard, des Verrières dans le comté de Neuchâtel, entre dans l'institution avec son enfant, tous deux malades; la mère meurt quelques semaines plus tard, tandis que l'enfant est renvoyé dans sa commune dans les trois mois<sup>14</sup>; dans le même registre, Jeanne, Louis et Françoise Lenoir sont accueillis quatre jours après le décès de leur mère, tous trois malades de langueur; les deux aînés meurent rapidement et la troisième sort après quelques temps<sup>15</sup>. Jeanne Marie Reymond, quant à elle, est hospitalisée «étant malade de l'accident arrivé à son enfant», qui était tombé dans un feu, et en mourut<sup>16</sup>. Gabriel Falquet aussi connaît un destin tragique, entré «en quelque sorte aux aliénés», avec comme précision dans le marginal «sorti et rentré à diverses reprises et enfin trouvé pendu le 5 juin 1785»<sup>17</sup>. Laconiques et percutantes, ces citations montrent à quel point une source peut faire appel non seulement à la réflexion, mais aussi à l'émotion de l'historien. Bien sûr, le travail du chercheur ne consiste pas à s'émouvoir du sort d'individus morts depuis longtemps déjà, ni à se perdre dans des projections inutiles. Cependant, ces quelques remarques rappellent au lecteur que derrière ces noms, réduits le plus souvent à des statistiques aujourd'hui, se cachent des vies réelles conjuguées alors au présent.

<sup>14</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 426, 23.12.1783.

<sup>15</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, p. 8, 23.5.1785.

<sup>16</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 16, p. 38, 18.3.1797.

<sup>17</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 415, 23.2.1783.



D'autre part, ces registres nous donnent «en passant» des informations que l'on ne trouvera nulle part ailleurs; ainsi, Jeanne Marie Rousset, âgée de 19 mois, est entrée avec sa nourrice pour que le médecin lui prescrive les remèdes convenables à son état<sup>18</sup>. L'âge de l'enfant et la présence de la nourrice nous indiquent ici que l'institution ne recule pas devant l'administration de soins médicaux aux enfants en bas âge<sup>19</sup>, même si cette indication est encore une fois purement ponctuelle. Apparaissent aussi l'accomplissement d'un chef-d'œuvre effectué par un chirurgien sur une fille affligée d'un bec de lièvre, ou encore la présence et le travail d'un garçon chirurgien de Pierre Fine, alors chirurgien de l'Hôpital, présence attestée nulle part ailleurs. Pour en revenir aux malades, ces registres permettent un comptage approximatif, puisqu'ils comprennent presque systématiquement des données sur le nom, le prénom, la durée du séjour, son issue, beaucoup plus rarement sur l'âge, l'état civique et civil, l'origine, la profession, le diagnostic. Une histoire quantitative relative à certaines de ces questions est alors possible.

Cette source peut et doit être complétée par le *registre des délibérations* des procureurs, véritable colonne vertébrale de ce corpus, qui recueillent les procès-verbaux des séances bihebdomadaires des administrateurs. Les malades n'y sont pourtant pas très présents, car les directeurs sont le plus souvent préoccupés par des soucis d'ordre plus administratif et surtout financier que connaît l'institution, par des questions de gestion des nombreux domaines, propriétés de l'Hôpital, sous forme de forêts, de vignes, ou encore de moulins. Cependant, il arrive qu'un des directeurs mentionne un malade, raconte une partie de sa trajectoire, ce qui permet de donner chair aux indications numériques citées plus haut. Ces délibérations sont plus riches en informations à l'égard des valides de l'Hôpital, et notamment des enfants recueillis dont il est question dans le premier chapitre. Le *registre des pensionnaires*, malades ou valides qui paient pour entrer dans l'institution, est une autre source porteuse de précisions, sur l'un ou l'autre des malades, et permet de savoir, par exemple, dans quelles conditions le pensionnaire est hospitalisé, s'il bénéficie d'une chambre particulière ou non, d'un domestique, d'une cheminée.

Les *liasses P* conservées également dans les archives hospitalières donnent un peu plus de présence aux malades, ou plutôt à leurs proches. Elles recueillent en effet plusieurs centaines de lettres relatives aux malades ou au valides nécessiteux, lettres en provenance de la campagne surtout, et écrites le plus souvent par le pasteur. Il n'est alors plus question d'histoire

<sup>18</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, p. 76, 28.9.1788.

<sup>19</sup> Contrairement à d'autres hôpitaux. A Lyon, par exemple, les enfants en dessous de sept ans ne sont pas admis, voir FAURE 1981, p. 69.

quantitative, mais la lecture de ces lettres permet de confirmer certaines hypothèses, d'observer et de contextualiser une trajectoire dont l'hospitalisation ne serait qu'un moment ponctuel; leur importance réside entre autre dans la description des circonstances qui parfois mènent à l'institution.

Les *archives criminelles*, auxquelles j'ai pu avoir un accès rapide et ciblé grâce aux indications de quelques collègues, ont été utiles pour jeter un autre éclairage sur les malades, notamment sur l'attitude de certains d'entre eux vis-à-vis de l'établissement. Les *archives privées* de l'hospitaller Abraham Joly contiennent également des éléments relatifs aux malades et à leur quotidien à l'intérieur de l'Hôpital, de même que les *inventaires de l'Hôpital* de 1775 et 1825. Cruellement absents de cette recherche, d'éventuels témoignages écrits par les malades eux-mêmes et dont on n'a plus trace aujourd'hui.

Certaines pathologies sont plus déterminantes que d'autres pour accéder à l'admission dans l'institution. A cet égard, les écrits de différents médecins et chirurgiens de l'époque, contenus dans la *Bibliothèque britannique*<sup>20</sup>, créée en 1796, m'ont été très utiles pour la compréhension de ce qu'impliquent ces maladies. Il en est de même de l'ouvrage d'Alexandre Flajani, médecin de Rome, qui opéra un tour des hôpitaux européens, et dont Louis Odier a publié de larges extraits, dans *Extraits d'un ouvrage du Dr Alexandre Flajani, de Rome, sur les établissements publics, relatifs à la médecine*, Genève, 1811<sup>21</sup>. Ce livre, cité de nombreuses fois, est d'un grand intérêt pour la richesse de ses descriptions relatives à de nombreuses institutions, notamment allemandes et britanniques. Non seulement les informations récoltées sont multiples, mais elles sont en outre issues du même regard, ce qui rend la comparaison plus crédible et intéressante.

Le deuxième chapitre de cette étude est consacré à ceux qui détiennent le pouvoir d'admission dans l'institution, soit les membres de la direction hospitalière. En effet, avant de passer la porte de l'Hôpital, le malade doit obligatoirement passer par l'un des huit directeurs pour l'obtention d'un billet d'entrée. Ce chapitre permet de voir quels sont les pouvoirs en présence au sein de l'établissement et de comprendre de quelle manière l'Hôpital joue un rôle de régulateur social. Un syndic<sup>22</sup>, un membre de la Compagnie des pasteurs et un membre du Petit Conseil siègent aux côtés des huit directeurs, issus du Conseil des Deux-Cents.

<sup>20</sup> Série Arts et Sciences.

<sup>21</sup> Publié dans la *Bibliothèque britannique*, sans toutefois faire partie d'aucune série.

<sup>22</sup> Quatre syndics se trouvent à la tête du Petit Conseil, et figurent par conséquent parmi les personnages les plus importants de la cité.

Tous se retrouvent deux fois par semaine à l'Hôpital pour délibérer de différentes questions, notamment des requêtes d'admission. Chaque directeur est responsable d'un quartier de la ville, et effectue un quadrillage de la cité très efficace; il est ainsi tenu au courant de tout ce qui s'y passe, et transmet ses découvertes chaque semaine aux autres membres de la direction. Les registres déjà mentionnés, et surtout les délibérations des procureurs, constituent là encore la source la plus importante. A celle-ci s'ajoutent les *sermons imprimés* de quelques pasteurs de l'époque; ils mettent en lumière d'une part ce que peuvent entendre les auditeurs des prêches dominicaux et, d'autre part, la vision qu'a l'Eglise des malades et de la maladie. Les *copies de lettres du receveur* – soit du trésorier – fournissent quelques informations précieuses, plus particulièrement sur la dynamique qui existe entre la direction et le corps médical, sur un thérapeute bien particulier, ou, beaucoup plus rarement, sur la motivation de certains directeurs, dont la charge, bénévole, est plutôt lourde. Les *sources du droit du canton de Genève*, de même que les divers *règlements de l'Hôpital*, sont des points de repères susceptibles d'éclairer la structure souhaitée, sinon appliquée, des objectifs visés par les directeurs qui ne se sont pas cantonnés dans la seule gestion de l'entreprise qu'est l'Hôpital. Leurs délibérations montrent en effet qu'ils manifestent un intérêt certain pour tout ce qui touche à la maladie et à la santé en général. Curieux dans de nombreux domaines, les directeurs ont essayé d'apporter des améliorations en matière d'hygiène; ils se sont intéressés aux mécanismes de la circulation de l'air, et un peu plus tard à la mise en place de bains. Soucieux de santé publique, ils portent leur attention sur la question des maladies vénériennes, s'interrogeant longuement sur les différents traitements proposés à l'époque, de même que sur la nécessité de soigner ces malades, malgré les dérapages moraux de certains. Intéressés par les progrès de l'inoculation, ils décident d'offrir un espace réservé à cet effet, non seulement pour les pauvres, mais aussi pour quiconque désirerait faire inoculer son enfant. Désarmés par les patients souffrant d'aliénation mentale, les directeurs réfléchissent à ce sujet pour, finalement, remettre cette question à un médecin spécialiste.

Le troisième chapitre est consacré à ceux qui s'avèrent les plus proches des malades, du point de vue spatial et temporel. Il s'agit en effet des infirmiers et infirmières, appelés auparavant les gouverneurs et gouvernantes, secondés par les domestiques, qui deviennent au fil du temps les sous-infirmiers et sous-infirmières. Ces personnages sont rassemblés sous le vocable peu adéquat en raison du risque d'anachronisme, de personnel soignant. En effet, plus que dans tout autre chapitre, il faut oublier dans celui-ci ce qu'implique un terme pareil aujourd'hui. Sur des

questions telles que la formation, le recrutement, les conditions de travail, entre autres, le personnel soignant d'aujourd'hui n'a plus rien à voir avec celui d'autrefois. Et pourtant, dans un hôpital de l'Ancien Régime, son importance est certainement tout aussi considérable, en raison d'une disponibilité de tous les instants. Logés dans la même chambre que les malades, privés du droit de sortir sauf sur autorisation, et finalement seuls à surveiller et suivre le quotidien des malades, les gouverneurs et gouvernantes occupent une place prépondérante au sein de l'institution. Peut-être existe-t-il aussi une plus grande compréhension entre malades et infirmiers en raison de leur proximité sociale et, souvent également, de l'expérience de la maladie vécue par plusieurs soignants eux-mêmes. Ce personnel, présent jour et nuit dans l'institution, est pourtant absent des archives. Excepté quelques indications ponctuelles, il apparaît presque uniquement lors des grabeaux, sorte de revue de tous les employés de l'institution, effectuée à la fin de chaque année et enregistrée dans les registres des délibérations. Ces grabeaux, bien que très laconiques, sont suffisants pour effectuer une étude des qualités valorisées par la direction et requises de la part de ce personnel, étude qui permet de constater que cette dernière privilégie les qualités relatives aux malades, sans toutefois oublier les exigences vis-à-vis de la direction et de l'institution. Les *registres des comptes du receveur*, et ceux des *comptes de l'hospitalier* donnent quelques indications ponctuelles, notamment sur les salaires versés, et s'ajoutent au *registre des gages* pour fournir des indications sur la durée de travail. Grâce à ces documents, on s'aperçoit notamment que les infirmiers et infirmières sont très proches socialement des malades, et qu'ils vivent dans des conditions pénibles.

Le lecteur s'étonnera peut-être de ne voir apparaître le corps médical qu'en quatrième partie de cette recherche. Il en trouvera la raison dans le fait que le corps médical n'investit pas réellement l'Hôpital. Une visite quotidienne des malades hospitalisés, prévue dès le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle, ne signifie pas forcément une présence corporative importante. Les médecins et chirurgiens ne manifestent pas un intérêt particulier pour l'institution. Pour la plupart, bien que formés à l'étranger, et prolongeant leurs études par des stages effectués dans des établissements consacrés essentiellement à des malades, notamment en Angleterre, leur intérêt retombe en arrivant à Genève. Ils n'essaient pas d'importer au sein de l'établissement des techniques et des savoirs en relation avec la médecine hospitalière, pourtant en plein essor ailleurs, et dont ils ont déjà connaissance. L'établissement est encore pleinement entre les mains du pouvoir administratif, qui ne laisse qu'une très petite place au corps médical; celui-ci ne constitue encore pas un pouvoir au sein de l'Hôpital. Les médecins et



chirurgiens préfèrent se consacrer essentiellement à leur pratique privée; ils donnent l'impression de travailler pour l'institution plus par devoir de charité que par une réelle curiosité médicale. Mais avant d'en arriver à la description du travail hospitalier effectué par le corps médical, il a été nécessaire de mieux cerner la figure du médecin et celle du chirurgien. Comme l'a écrit en substance Matthew Ramsay, les réseaux de médecine et de médecins sont divers et s'organisent de manière locale<sup>23</sup>. C'est pourquoi il a fallu s'interroger sur les différents types de soignants à Genève. S'il est vrai que le personnage du médecin est relativement simple à saisir, celui du chirurgien, plus complexe, est nettement plus difficile à cerner. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, plusieurs profils de maîtres chirurgiens se côtoient. Derrière la même appellation se cachent différents schémas, qu'il est important de repérer. Certains chirurgiens participent à l'essor européen de leur profession par le perfectionnement de leurs études dans des hôpitaux, puis en contribuant à la circulation des savoirs par le biais de la publication. D'autres, au contraire, se limitent à la transmission des connaissances individuelles, schéma traditionnel d'apprentissage sous l'Ancien Régime. A cet effet, la lecture des articles qu'ils ont écrits, particulièrement dans le *Journal de médecine, de chirurgie, et de pharmacie* et dans la *Bibliothèque britannique*, permet de découvrir les chirurgiens genevois qui publient, et les sujets qui les intéressent. Les *inventaires après décès* retrouvés pour deux maîtres en chirurgie révèlent la nature des livres qu'ils possèdent, et illustrent deux facettes différentes d'une même profession.

La structure de ce travail est calquée sur le parcours du malade des Lumières. Elle commence avec l'entrée du patient dans l'institution; elle se poursuit par l'examen des différents responsables de sa prise en charge à l'intérieur des murs, dans un ordre basé sur l'importance de la décision et du temps qui lui est consacré; elle se termine par les conditions de la sortie de l'Hôpital et les perceptions qu'ont certains patients face à l'institution. En effet, si l'admission dans l'établissement peut être une rupture du quotidien inquiétante pour le patient, sa sortie est susceptible de représenter une perspective tout aussi déstabilisante. A une époque où les prestations sociales n'existent pas encore, où en revanche les crises économiques sont bien entendu déjà très présentes, le retour au domicile, la quête d'un travail perdu en raison de l'hospitalisation, sont autant d'obstacles de taille dont l'établissement doit tenir compte. Ce dernier chapitre essaie de comprendre, ou plus exactement, en raison du peu d'information, de poser des jalons permettant d'identifier quelques scénarios possibles. Par ailleurs, la mort est une manière de sortir de l'institution

<sup>23</sup> RAMSEY 1988, p. 69.



pour une proportion non négligeable de patients, proportion plus élevée que dans bien d'autres établissements européens, mais fondée sur les indications bien précises et systématiques des registres des entrées et des sorties. Il a fallu alors s'interroger sur ces résultats relatifs à la mortalité, question à laquelle seules les archives laissées par Abraham Joly fournissent quelques bribes de réponses. Finalement, de rares éléments révélés par les archives criminelles, ou par quelques passages isolés des archives hospitalières, éclairent furtivement l'attitude de certains malades par rapport à leur séjour hospitalier. Bien qu'interdisant toute généralisation, ces indications illustrent les perceptions, les réactions possibles de l'un ou l'autre.

Les sources décrites ci-dessus ont été autant d'outils essentiels de mon travail, sur lesquels s'est construite la compréhension de l'Hôpital genevois. Cependant, à tous moments, il s'est agi de s'interroger sur ce qui est propre à l'institution en question, ou sur ce qui s'apparente aux institutions hospitalières de l'époque.

«Chaque institution a en fait une forte identité individuelle, une vie et une logique de développement qui lui sont propres, qui ne peuvent que partiellement être tracées selon un modèle commun à la catégorie à laquelle elle appartient nommément»<sup>24</sup>.

Cette affirmation met implicitement l'accent sur un obstacle important qu'une telle recherche rencontre, puisqu'il s'agit de la comparaison. En effet, une institution telle que l'Hôpital a sa propre identité qui n'apparaît que mieux dans un reflet comparatif avec d'autres établissements du même genre. Le chercheur va donc se référer aux études déjà parues dans ce domaine. Cependant, les regards ne sont pas forcément identiques, les éclairages sont parfois différents, les intérêts divergents, et les éléments de comparaison diminuent proportionnellement à ces divergences. Sans parler des sources qui sont également très hétéroclites et qui n'émanent pas forcément de la même instance. Ainsi, une étude très intéressante publiée sur le Julius-Spital de Würzburg<sup>25</sup>, basée en partie sur des notes prises par le médecin en chef, met en lumière cette difficulté, notamment pour ce qui a trait aux diagnostics. Le médecin fait référence à un système de classement nosologique bien différent de celui du scribe de l'institution genevoise, ce qui rend les analogies difficiles. Néanmoins, même si quelques données ne sont pas complètement identiques, la comparaison permet à l'historien de relativiser ou au contraire de faire resurgir des différences entre les établissements, et par conséquent d'étayer des hypothèses plus pertinentes.

<sup>24</sup> CAVALLIO 1991, p. 48.

<sup>25</sup> BLEKER, BRINKSCHUTTE, GROSSE 1995.

De manière moins conceptuelle et plus concrète, le contexte géopolitique et social dans lequel s'inscrit une institution est tout aussi important pour saisir sa « vie » et sa « logique de développement ».

En premier lieu, la taille de l'Etat a une grande influence sur le fonctionnement et le rôle de l'Hôpital. Les grands territoires politiques abritent plusieurs institutions dont les fonctions sont plus ou moins clairement délimitées : les hôtels-Dieu sont supposés recueillir les malades curables, tandis qu'une fonction plus sociale est dévolue aux hôpitaux généraux. Dans une République aussi petite que Genève, il n'y a place que pour un seul établissement, qui tente d'opérer des distinctions à l'intérieur de ses murs : l'hôtel-Dieu se résume alors au secteur réservé aux malades, l'Hôpital général aux chambres des valides. Les personnes hospitalisées peuvent passer d'un secteur à l'autre, mais ne peuvent en aucun cas être rejetées dans un autre établissement. Par ailleurs, contrairement à de nombreuses autres institutions, l'établissement genevois, ne pouvant compter que sur lui-même, est tenu d'accepter toutes les maladies. L'assistance, tant sociale que médicale, en est beaucoup plus concentrée qu'ailleurs, et relève de la même direction.

L'histoire particulière de chaque établissement joue également un rôle significatif. Un hôpital créé dans la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, comme celui de Bamberg<sup>26</sup> en Allemagne, ne connaît pas la même dynamique et ne bénéficie pas des mêmes impulsions que celui de Genève, qui voit le jour en 1535. Le premier est d'emblée bâti sur des principes liés au fort mouvement d'hygiénisme alors en plein essor, et spécifiquement axé sur la prise en charge des malades, laissant de fait une plus grande place au corps médical. Le second doit parvenir à intégrer ces principes dans une structure qui existe déjà de longue date, en tenant compte d'une tradition séculaire qui implique une certaine inertie. Relevons tout de même que les directeurs genevois ne sont pas indifférents aux développements médicaux de leur temps et tentent de s'adapter aux nouveautés. En revanche, l'inertie est fortement marquée par la portion congrue concédée aux médecins et chirurgiens par les administrateurs, pour lesquels le concept d'assistance s'assimile encore à celui de pauvreté, sans distinction particulière pour les malades.

Il est donc nécessaire de distinguer les éléments communs à de nombreuses institutions, des facteurs qui façonnent l'identité propre d'un hôpital.

Si les institutions ont chacune leur identité, il en est de même pour les chercheurs. Cependant, à propos de l'histoire des hôpitaux, plusieurs

<sup>26</sup> Ville comparable à Genève du point de vue de sa taille.

courants historiographiques se succèdent, se superposent, ou cohabitent. C'est ainsi que différentes histoires institutionnelles, d'un caractère assez descriptif, ont été effectuées sur des établissements en particulier, comme par exemple sur les hôpitaux bourguignons<sup>27</sup>, l'hôpital de Grenoble<sup>28</sup> ou encore celui de Montpellier<sup>29</sup>. Quelques années plus tard, d'autres chercheurs adoptent des problématiques plus serrées, soit sur la médicalisation de la société en général ou de l'hôpital<sup>30</sup>, soit sur le corps médical en particulier<sup>31</sup>, soit encore sur les pouvoirs dominants dans les systèmes de santé<sup>32</sup>. Parallèlement à ces nouvelles approches, surgit peu à peu un intérêt porté sur les malades eux-mêmes<sup>33</sup>, intérêt qui s'intensifie avec le temps notamment auprès des historiens allemands<sup>34</sup>. Tous ces différents regards ont été indispensables à ma recherche et l'ont constamment alimentée. Bien que n'étant pas particulièrement désireuse d'appartenir à l'un ou l'autre de ces courants, les études focalisées essentiellement sur les malades m'ont été spécialement utiles, notamment pour les aspects méthodologiques particulièrement difficiles.

C'est ainsi qu'au cours de ce travail, et plus spécifiquement dans les deux chapitres consacrés aux malades, plusieurs difficultés sont survenues. En effet, au-delà d'une histoire quantitative qui comporte déjà ses propres obstacles, d'autres questions plus philosophiques se posent, notamment sur la perception de la maladie, ou sur « le choc de deux mondes réunis par le biais de la maladie »<sup>35</sup>, le monde du malade et celui du soignant.

En effet, aujourd'hui comme autrefois, la perception et la prise en charge de la maladie sont parmi les rares points de rencontre universels. En tout temps, chaque être humain est susceptible de tomber malade, personne ne peut être sûr d'y échapper. Même si les réponses à cette perception sont multiples, même si son expression peut indéfiniment varier, la maladie, toujours possible, reste bien l'intersection réunissant le malade à un thérapeute, quel qu'il soit. Dans cette optique, la maladie, aussi bien que la rencontre qu'elle occasionne, est une constante dans le temps

<sup>27</sup> BOLOTTE 1968.

<sup>28</sup> CUGNETTI 1978.

<sup>29</sup> DULIEU 1953.

<sup>30</sup> GOUBERT 1982; FAURE 1988; KEEL 1985a; KEEL 1985b.

<sup>31</sup> IMBAULT-HUART 1973; GELFAND 1980; GOUBERT et LEBRUN 1973; PORTER, R et PORTER, D. 1989.

<sup>32</sup> PORTER, R. 1989; CAVALLO 1989.

<sup>33</sup> GOUBERT 1974; RISSE 1986; FAURE et DESSERTINE 1991.

<sup>34</sup> ELKELES 1988, p. 342; LACHMUND et STOLLBERG 1995; STOLLBERG 1993; BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE 1995.

<sup>35</sup> GOUBERT 1974, p. 126.

et dans l'espace, constante qui estompe à mon sens les clivages dus aux appartenances sociales, aux diversités de fortune, aux ségrégations de genre ou de race, mais qui réunit deux individus dans une circonstance particulière, et à un moment donné. D'une certaine manière, cette rencontre comporte quelque chose d'unique et d'indéfinissable, quelque chose, il est vrai, qui n'appartient qu'aux deux protagonistes du moment. Cela évoque la notion de «l'unicité» telle que l'a décrite Norbert Elias<sup>36</sup>. En effet, au-delà des réseaux d'interdépendances et d'interrelations, décrits par le sociologue<sup>37</sup>, si profonds soient-ils, existe le colloque singulier. Il n'est pas question ici de nier l'importance ni l'influence des tissus sociaux sur les individus, mais simplement de souligner qu'à eux seuls, ils ne peuvent se substituer complètement à l'individu ou à l'interaction dynamique qui relie deux personnes. Prenons l'exemple de la relation médecin-malade: plusieurs facteurs influencent largement cette relation, comme le lieu de consultation, la position corporatiste et sociale du corps médical, la fortune et l'appartenance sociale du malade, ou encore le partage de croyances. Mais au-delà de ces facteurs déterminants, il peut exister une dynamique singulière et indépendante de ces facteurs. Il faut d'emblée souligner que l'approche de cette dynamique se situe nettement au-delà des limites du champ de l'historien et il serait donc illusoire et présomptueux de rechercher la nature unique de ce contact. Néanmoins, même s'il ne veut pas s'aventurer dans un univers qui lui échappe complètement, le chercheur qui s'intéresse à l'être humain est tout de même confronté à une question cruciale: comment relier l'individu à la collectivité? Peut-on généraliser une expérience individuelle ou faut-il en faire abstraction? Comme l'écrit Norbert Elias: «le rapport de la partie au tout est une certaine forme de relation, rien de plus, et en tant que telle elle est déjà certainement bien assez problématique.»<sup>38</sup> Comment concilier la perception personnelle<sup>39</sup>, surtout quand elle touche à quelque chose de vital, comme la mort, la souffrance, la maladie, avec des attitudes collectives? Comment étudier les milliers de malades d'un hôpital, chacun avec sa propre perception et destiné à entrer en relation avec des acteurs de soins ou d'autres responsables, sans avoir le sentiment de nier leur existence même, complètement masquée derrière des statistiques et des schémas de pensée? De telles questions ont le mérite d'être posées, mais pas celui de recevoir de réponses. Pour ma part, en dépit des lacunes des

<sup>36</sup> ELIAS 1974, pp. XLI à XLVI.

<sup>37</sup> ELIAS 1974, p. X.

<sup>38</sup> ELIAS 1991, p. 46.

<sup>39</sup> Même en admettant qu'un individu ne peut grandir que par les relations et interactions avec ce qui l'entoure; voir ELIAS 1991, pp. 58 à 64.



sources, j'ai cherché à faire une histoire quantitative, indispensable pour cerner dans ses grandes lignes la population hospitalière, de même que les critères d'admission édictés par la direction. Mais cet alignement de chiffres m'a paru trop réducteur et à chaque fois qu'il a été possible, j'ai tenté de réintroduire l'individu, soit sous la forme d'une citation, soit sous celle d'anecdotes. L'anecdote n'est pas destinée à divertir le lecteur, mais à lui soumettre des éléments importants, non quantifiables, dont l'historien ne sait pas vraiment que faire, si ce n'est d'en tirer des interprétations invérifiables ou des hypothèses gratuites. Elle est également précieuse pour illustrer un propos ou donner vie à des chiffres, et permet par conséquent de rendre plus palpables des existences. Elle s'adresse également à l'imagination du lecteur, imagination interdite au chercheur soucieux de vérité scientifique. S'apparentant de loin au travail d'édition de sources, la citation renforce le poids de l'anecdote; elle livre non seulement au lecteur le récit d'une trajectoire, d'une partie de trajectoire, ou d'un simple fait, mais surtout permet à l'historien de s'esquiver, et laisser la « parole », par l'intermédiaire de l'écrit, aux personnes qui font l'objet de son intérêt. Elle seule peut témoigner de la tournure d'une phrase, de la saveur d'un vocabulaire souvent imagé. Unique moyen à disposition des historiens, la citation réintroduit réellement un individu dans un discours abstrait et interprétatif.

S'intéresser aux faits concrets relatifs aux patients, objectif clairement défini par Joanna Bleker dans son introduction<sup>40</sup>, reflète également le défi lancé au début de ma recherche. Seul le malade permet de faire éclater certains schémas proposés, donnant une ouverture dans tous les domaines. Pour l'approcher, il faut nécessairement comprendre qui détient les clés du pouvoir et qui s'en occupe réellement dans la pratique quotidienne de sa prise en charge. Le malade constitue un point d'ancrage crucial, qui offre un fondement à la réflexion dont on ne peut pas faire l'économie, qui empêche l'historien de se cantonner dans une hagiographie médicale pour certains, ou dans une critique du progrès pour d'autres. A cet égard, il procure un terrain fertile pour tout ce qui se rapproche de la micro-histoire; il fait appel à la curiosité du chercheur, plutôt qu'à des préjugés qu'il faudrait défendre ou contre lesquels il faudrait lutter.

Malades, administrateurs, soignants, médecins et chirurgiens, tous sont des protagonistes indispensables d'une institution telle que

<sup>40</sup> BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE 1995, p. 11.



l'Hôpital. Dans toute l'Europe, ces acteurs de la santé et de la maladie se retrouvent dans l'élaboration d'une politique de la pauvreté et de la maladie. Toutefois, l'équilibre des tensions et la dynamique qui relient ces différents groupes sociaux définissent en partie l'identité et la spécificité d'un établissement, de même que le contexte géopolitique de son environnement. Il reste alors à tracer une esquisse de l'établissement genevois, en observant de plus près les articulations qui unissent ces différents protagonistes.

## CHAPITRE PREMIER

### LES MALADES

### ET LEUR ENTRÉE DANS L'HÔPITAL \_\_\_\_\_

« Vis-à-vis de ma fenêtre, un peu plus haut, est celle d'une des salles de l'Hôpital. De la place où je travaille, je vois l'obscur plafond, quelquefois le sinistre infirmier, le nez contre les vitres, regardant dans la rue. Que si je monte sur la table, alors mes yeux plongent dans ce triste séjour, où la douleur, l'agonie et la mort ont étendu leurs victimes, sur deux longues files de lits. Spectacle sombre, lorsque, à la vue d'un infortuné qui se meurt, mon imagination se promène autour de son chevet, et, tantôt rebrous-sant dans cette vie qui s'éteint, tantôt s'avançant vers cet avenir qui s'ouvre, se repaît de ce charme mélancolique toujours attaché au mystère où s'enveloppe la destinée de l'homme. »

Rodolphe Töpffer, 1832<sup>1</sup>

Entrer dans la chambre des malades, à la suite de Töpffer, pour tenter de saisir quels en sont les occupants, de quoi est constitué leur quotidien, tel est l'objectif de ce premier chapitre. En effet, point de départ de ce travail, les malades sont par définition le premier maillon autour duquel s'articulent ensuite les différents protagonistes, les structures et les relais mis en

<sup>1</sup> Cité par WALKER 1996, p. 52.

place autour de la perte de la santé. Qu'arrive-t-il au XVIII<sup>e</sup> siècle à celui qui perçoit les premiers signes de la maladie? Telle a été la question qui m'a incitée à entreprendre cette étude, avec pour corollaire l'interrogation suivante: quelles sont les réponses de l'Hôpital face à cette perception?

Ces questions placent d'emblée le chercheur face à un obstacle de taille, en raison du silence presque total des malades avertis de leurs témoignages. Plusieurs historiens, notamment allemands, se sont attelés à cette histoire, s'appuyant plus particulièrement sur des autobiographies d'ouvriers qui datent des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles. Ils constatent également que les malades constituent la «couche muette» des différents protagonistes de l'histoire de la maladie et de la médecine<sup>2</sup>. Les récits sont très rares, disparates et ne fournissent pas de réponses à des questions si directes; les archives hospitalières encore moins, puisque les malades ne s'y expriment nulle part. Il s'agit alors de contourner ces interrogations, de les moduler dans le but de saisir ce qu'implique la maladie pour celui qui la perçoit alors, et quelles sont les possibilités qui lui sont offertes.

S'il est très difficile de trouver des témoignages sur la perception intime de la maladie, on peut toutefois en imaginer les conséquences, étudiées par certains auteurs. La dimension spirituelle est au cœur de la maladie, reconnue telle aussi bien par les médecins que par l'Eglise. Elle est perçue comme une punition divine qu'il faut accepter, et si possible sublimer. Cependant, l'Eglise condamne la fatalité à cet égard, et insiste sur la nécessité du recours aux médecins, au-delà de l'indispensable soin de l'âme<sup>3</sup>. Toutefois, cette dimension échappe à l'historien désireux de travailler sur les malades d'un hôpital. En effet, «l'idée de la «maladie» dépasse largement la notion de dérèglement organique exprimée par la pensée médicale. Les conséquences de la maladie importent plus que sa forme et son mécanisme» comme le souligne Havelange<sup>4</sup>, qui affirme encore: «Assurément, pour un paysan ou pour un artisan, la privation de l'usage de ses membres constitue une perte inestimable, puisqu'avec sa force de travail, c'est sa subsistance et celle de sa famille qui sont directement menacées: la maladie n'est pas d'abord une transformation interne de l'être, mais une atteinte de sa capacité de survie»<sup>5</sup>. Anne-Marie Piuze l'exprime de manière plus percutante, lorsqu'elle écrit: «Qu'il arrive une maladie et c'est la catastrophe», à propos de Jean Vian, manœuvre italien dont elle décrit avec force le parcours genevois<sup>6</sup>. Il n'est pas question ici

<sup>2</sup> Voir notamment ELKELES, 1988, p. 342; LACHMUND et STOLLBERG 1995; STOLLBERG, 1993.

<sup>3</sup> LEBRUN 1995, pp. 11 à 17.

<sup>4</sup> HAVELANGE 1990, p. 145.

<sup>5</sup> HAVELANGE 1990, p. 142.

<sup>6</sup> PIUZE 1978, p. 405.

d'anticiper sur la suite de ce travail, mais cette remarque préalable est indispensable pour éviter que le lecteur et le chercheur ne focalisent leur attention sur la maladie elle-même, sans tenir compte de son implication particulièrement importante pour le malade de l'Ancien Régime privé de toutes les prestations sociales dont on bénéficie aujourd'hui, du moins lorsqu'il n'appartient pas à la frange aisée de la population. Or, nous allons le voir tout au long de ce chapitre, les malades hospitalisés sont pauvres avant tout, et il en est de même dans toute l'Europe, notamment en France et en Allemagne<sup>7</sup>.

La première partie de ce chapitre vise à découvrir ce que peut offrir l'Hôpital à la détresse en général, aux valides comme aux malades; elle s'interroge sur les liens inextricables qui relient la maladie à l'environnement social du souffrant. En effet, une misère sociale peut facilement conduire à la maladie, de même celle-ci peut souvent avoir des conséquences socio-économiques dramatiques.

Il s'agira ensuite de comprendre qui sont les malades de l'Hôpital, en s'appuyant sur les critères médicaux et sociaux qui motivent une hospitalisation, et qui permettent de mieux saisir à quelle population l'institution se destine.

Bien que très mal documentée, la description du séjour à l'intérieur de l'établissement offre une esquisse du quotidien des patients hospitalisés.

## A. L'Hôpital pour tous

### 1. *L'unique institution charitable à Genève*

Disons d'emblée que ce titre est légèrement trompeur. En effet, lors de l'adoption de la Réforme, outre l'Hôpital général de Genève, plusieurs organismes charitables ont été créés en raison de l'afflux des nombreux réfugiés pour cause de religion. C'est ainsi que les Bourses italienne, allemande, française furent mises sur pied pour venir en aide aux ressortissants de leur pays. Les deux premières citées ne semblent pas avoir été un lieu d'accueil, mais plutôt un centre de distribution de produits destinés à secourir leurs compatriotes, tandis que la dernière s'est assez vite installée au Bourg-de-Four, dans le but d'héberger, dès 1703<sup>8</sup>, malades et valides français, et est susceptible d'abriter un peu plus d'une centaine de personnes, personnel compris. Cette institution est une réplique de

<sup>7</sup> IMBERT 1993, p. 353; IMHOF 1977b, p. 226.

<sup>8</sup> HOLTZ 1985, p. 478.

l'Hôpital, destinée uniquement aux Français installés à Genève; ceci nécessite parfois une mise au point pour éviter que certains ne soient refusés par les deux institutions sous prétexte qu'ils n'appartiennent pas à la catégorie secourue par l'une ou l'autre. C'est pourquoi au début du XVII<sup>e</sup> siècle, il fut établi que la femme suivrait la condition du mari, les Genevoises s'adressant à la Bourse française en cas de mariage avec un Français, tandis que l'épouse française d'un Genevois serait acceptée par l'Hôpital<sup>9</sup>. Malheureusement, aucune étude n'a été faite sur les occupants ou les bénéficiaires de cette Bourse, recherche indispensable à la compréhension de l'Hôpital<sup>10</sup>. En effet, quelques sondages opérés dans les registres de la Bourse française mettent en lumière une perméabilité entre ces deux établissements, puisqu'on y apprend que des malades sont hospitalisés à la Bourse française, pour le compte de l'Hôpital, et réciproquement<sup>11</sup>.

En 1750 donc, la Bourse française et l'Hôpital général constituent les deux institutions charitables de la République, l'une pour les Français, l'autre destinée à la population genevoise, mais aussi aux étrangers pour lesquels les Bourses déjà citées paient les frais. Si un Italien demande du secours, il sera fourni par la Bourse italienne; en revanche, s'il nécessite une hospitalisation, il sera admis à l'Hôpital, aux frais de cette même Bourse. S'il est par conséquent exact que l'Hôpital n'est pas le seul organisme de secours, il est néanmoins, et de loin, le plus important du territoire.

Vers la fin du siècle, quelques œuvres philanthropiques commencent à voir le jour, comme la Chambre des tutelles en 1782, créée pour patronner les pauvres orphelins, en leur apprenant notamment un métier; en 1800, soit après l'Annexion de 1798, une société de soupes économiques se destine à nourrir à bas prix les déshérités, tandis qu'en 1803, le Bureau de Bienfaisance prend en charge les Genevois de récente date, puisque l'Hôpital, appelé à cette époque Société de Bienfaisance, est réservé aux anciens Genevois, soit ceux qui le devinrent avant 1798<sup>12</sup>. Néanmoins, ces nouveaux organismes de secours se préoccupent d'assistance à domicile et ne rivalisent aucunement avec l'Hôpital en matière d'hospitalisation.

Avant de consacrer l'essentiel de ce chapitre aux malades hospitalisés, il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble des secours administrés par

<sup>9</sup> Voir *Registre de la Compagnie des Pasteurs*, édité par Gabriella CAHIER, Matteo CAMPAGNOLO et Micheline LOUIS-COURVOISIER, Genève, 1993, vol. XI, p. XIV; voir aussi sur la Bourse française OLSON 1989.

<sup>10</sup> En revanche, un article a été écrit sur les assistés de la Bourse française au temps de la Révocation de l'Edit de Nantes; voir HOLTZ 1985, pp. 441 et suivantes.

<sup>11</sup> AEG, Arch. hosp. Kb 9, Mémoire de la Bourse française, 1791-1804.

<sup>12</sup> Voir FATIO 1910, pp. 55-86.



l'institution, soit en matière d'assistance à domicile, soit en relation avec les valides hospitalisés.

## 2. *L'assistance à domicile*

« Dans toutes les grandes villes, à Rome, à Milan, à Vienne, à Halle, à Gottingen, etc., il y a non-seulement des hôpitaux pour recevoir les malades indigens, mais encore des établissemens publics pour leur faire donner gratuitement des soins dans leur propre domicile. Car l'expérience a démontré que ces secours particuliers sont toujours plus économiques, et pour l'ordinaire plus utiles aux malades eux-mêmes, que ceux qu'ils pourroient recevoir dans un hôpital »<sup>13</sup>.

Alexandre Flajani mentionne plus particulièrement les dispensaires britanniques, créés dans la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, et destinés exclusivement aux malades; il souligne que les hôpitaux comportent de nombreux inconvénients, comme l'isolement du malade qui n'a plus sa famille pour prendre soin de lui et qui, de surcroît, doit se soumettre à des règles très strictes; il relève finalement qu'à l'hôpital « ils auront constamment sous les yeux un grand nombre de malheureux et de moribonds » ce qui pourrait bien « aggraver leur maladie et rendre leur rétablissement plus difficile ».

C'est à cette occasion que Louis Odier insiste sur l'importance accordée par l'Hôpital genevois, dès le XVII<sup>e</sup> siècle en tout cas, à l'assistance à domicile, assistance tant sociale que médicale. En effet, un médecin et un chirurgien d'abord, puis au XVIII<sup>e</sup> siècle deux praticiens de chaque formation sont payés par l'institution pour secourir les gens chez eux, dans le but d'éviter une surpopulation hospitalière<sup>14</sup>.

Quelques indications très ponctuelles permettent de constater que cette forme de secours est considérable dans une ville comme Genève. En effet, en 1698, 7000 personnes sur une population de 17.000 habitants sont assistées par l'institution<sup>15</sup>. En 1789, ce sont 4000 personnes qui demandent de l'aide, sur un total de 28.000 habitants<sup>16</sup>, tandis qu'en 1801, un peu plus de 2000 individus font la même démarche<sup>17</sup>. Aucune étude n'ayant été effectuée sur ce sujet, il est impossible d'avoir une idée plus précise du secours à domicile, pourtant très sollicité, comme l'indiquent

<sup>13</sup> FLAJANI 1811, p. 58.

<sup>14</sup> FLAJANI 1811, pp. 135-136.

<sup>15</sup> PIUZ 1973, p. 546.

<sup>16</sup> AEG, Archives de famille 128, Papier Joly, env. 70.

<sup>17</sup> AEG, Arch. hosp. Ha 1, rôle de ceux qui ont été assistés pendant l'année 1801.

ces quelques chiffres. Une seule constatation : le nombre des assistés est extrêmement fluctuant, sensible non seulement à une pauvreté structurelle, mais aussi et surtout conjoncturelle ; comme le souligne Anne-Marie Piuz, les 7000 assistés de 1698 ne sont pas autant de misérables, mais sont autant d'individus tombés dans l'incapacité de se nourrir en raison de la cherté du pain, de la baisse du pouvoir d'achat de leur salaire, du chômage<sup>18</sup>.

Les quelques exemples suivants visent à illustrer le quotidien de ces milliers de gens qui vivent au jour le jour et qui sont susceptibles à tout moment de devenir dépendants de l'Hôpital. Louis Champury, horloger, marié avec deux enfants, demande, en janvier 1797, des secours pendant la maladie de sa femme ; le directeur en charge de son quartier<sup>19</sup> appuie sa requête, et ajoute qu'il est sans emploi : il est alors décidé de l'aider temporairement. Quelques mois plus tard, en avril, il demande de l'aide pour son loyer : sa femme est toujours malade et il a dû s'endetter ; on lui verse donc deux écus « pour la dernière fois ». Mais, à la fin de l'année, sa situation s'est encore dégradée et il réclame cette fois des « habillemens » pour sa femme et son fils. Le directeur confirme qu'il est dans la misère, toujours sans emploi ; il ajoute qu'il a peu de talent, ce qui, dans une période extrêmement difficile pour les horlogers, ne peut que détériorer encore la situation dans laquelle il se trouve. D'ailleurs, au cours des années suivantes, l'Hôpital lui donne encore des habits, une couverture, une paire de souliers ; en arrière-plan, la même misère continue, causée par les maladies répétitives de la femme, misère doublée d'une grossesse<sup>20</sup>. Jeanne Suzanne Gautier, 48 ans, faiseuse de chaînettes demande, en octobre 1798, une pension pour elle et ses deux enfants bâtards ; en effet, sa santé est mauvaise et de plus, sa vue ne lui permet plus de travailler. Une pension, quoique insuffisante, lui est accordée ; en 1800, elle réclame un « extra », toujours pour les mêmes motifs, demande qu'elle réitère quatre ans plus tard ; à chaque fois, ses requêtes aboutissent, la direction les jugeant légitimes et Suzanne Gautier méritante<sup>21</sup>. Comme le montrent ces deux exemples, les assistances peuvent s'effectuer de manière tout à fait ponctuelle, en réagissant aux besoins du moment, sous forme d'habits, d'argent, parfois de bois, en supposant que l'assisté traverse une mauvaise passe. C'est ainsi que l'on traite Louis Champury ; on lui donne ce dont il a besoin sur le moment ; mais finalement, sa difficulté, de passagère,

<sup>18</sup> Piuz 1973, p. 546.

<sup>19</sup> La direction hospitalière est composée entre autres de huit directeurs, chacun responsable d'un quartier de la ville. Voir chapitre n° 2.

<sup>20</sup> AEG, Arch. hosp. Hd 8, p. 279.

<sup>21</sup> AEG, Arch. hosp. Hd 8, p. 475.

devient peu à peu chronique. La situation de Jeanne Suzanne Gautier est d'emblée perçue de façon plus désespérée, avec sa vue qui décline irrémédiablement, et ses deux enfants à charge, et, de ce fait, elle obtient une pension mensuelle. Le volumineux registre Hd 8 des archives hospitalières fourmille de suppliques de cette nature, retraçant en un style lapidaire les trajectoires souvent dramatiques qui font le quotidien de plusieurs milliers de Genevois de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Ces assistés ont été secourus à domicile «ou parce qu'ils ont famille ou parce que leur travail fournit une partie de ce qui leur est nécessaire pour subsister»<sup>22</sup>. Pourtant, l'assistance à domicile n'est pas une solution pour tout le monde, du moins pas pour Alexandre Roux, «malade d'humeur hypochondriaque» et incapable de travailler; en effet, la direction décide de l'hospitaliser pour essayer de le guérir plutôt que de le secourir chez lui, ce qui l'habituerait à l'assistance; la fin de son histoire est ambiguë, car s'il est déclaré guéri par la direction, il demeure toujours hypocondriaque, mais cette fois, aux yeux des directeurs, il est préférable qu'il reste chez lui avec une assistance<sup>23</sup>. Par conséquent, si un assisté tombe malade, «son directeur le recommandera aux soins du medecin ou du chirurgien dans le district duquel il se trouvera... ou si son état ou sa position exige qu'il soit transporté à la Maison, il en instruira l'assemblée ou l'y fera même conduire préalablement si le cas est provisionnel»<sup>24</sup>. Les règlements sont donc assez clairs: ni la maladie ni la réalité sociale ne suffisent à l'hospitalisation d'un pauvre, mais c'est le plus souvent la conjonction de ces deux facteurs ou l'aggravation de l'un des deux qui seront déterminantes.

«Messieurs, Le nommé Pierre Aimé Ducoster, mon paroissien, que je tenais en pension chez son frère au Petit Saconex, étant tombé dans un état de maladie scrophuleuse tel que les soins de sa belle-sœur n'étaient plus suffisants pour le soulager; je crus devoir, le 29 avril dernier, recourir à ceux de notre Hopital, auxquels il a des droits en qualité d'ancien genevois<sup>25</sup>. Monsieur votre Vice-Président, à qui je m'adressai pour les formalités à suivre, me renvoya à Mademoiselle l'hospitalière, qui eut la bonté de le faire prendre le même jour»<sup>26</sup>.

Dans ce cas, l'entourage de Pierre Ducoster, bien que présent, n'est plus apte à prendre en charge sa maladie et recourt donc, par l'intermédiaire du pasteur Mouchon, à l'institution. En revanche, Françoise Bouvier,

<sup>22</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 2, 2e partie, p. 44, cité par CAHIER-BUCCELLI 1979, p. 184.

<sup>23</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 263 et 275, 22.7 et 30.10.1789.

<sup>24</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, p. 57.

<sup>25</sup> L'Hôpital est tenu d'accepter tous ceux qui sont devenus genevois avant l'Annexion, soit avant 1798.

<sup>26</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 147, dossier 1859, lettre du pasteur Mouchon, de Genthod, datée du 6.5.1818.

«qui était fort malade et même en danger de mort à la suite de fièvre qui règne surtout parmi les ouvriers de la fabrique de filature de coton, va mieux très sensiblement aujourd'hui, en sorte que je crois qu'il ne sera pas nécessaire de la faire transporter à la Maison de l'hôpital»<sup>27</sup>.

L'état de Françoise Bouvier s'améliore, ce qui lui permet d'éviter l'hospitalisation.

### 3. *Assistance dans l'institution*

Parler des malades de l'Hôpital implique que l'on opère une distinction entre les bien-portants et les malades, entre un concept social et un concept d'ordre médical. Or pour certains cas, la situation est claire, tandis que pour d'autres, les cartes sont brouillées.

#### a) *Malades ou valides: une question anachronique*

Opposer la maladie à la santé n'entre pas nettement dans le projet de l'Hôpital de l'Ancien Régime, ni même dans celui du début du XIX<sup>e</sup> siècle. En effet, l'institution se pose comme lieu de recours en cas de détresse, qu'elle soit morale, sociale ou physique, sans établir de catégorie à ce propos. La structure de la direction reflète d'ailleurs bien cette position, puisqu'aucun directeur n'est particulièrement responsable des malades, de la ville ou de l'établissement. Comme nous le verrons dans le chapitre qui leur est consacré, les directeurs se répartissent des quartiers et des fonctions, telles la prise en charge des enfants, l'approvisionnement en matériel ou en denrées; ils ne distinguent jamais, ni dans sa structure ni dans son organisation, le concept de maladie de celui de misère socio-économique.

Un seul constat est certain: la pauvreté, telle qu'elle est définie par Anne-Marie Piuze, est le dénominateur commun de l'immense majorité des malades assistés par l'Hôpital, tant à l'intérieur de ses murs qu'à l'extérieur. En effet, «celui qui n'a que son salaire pour vivre... et celui qui souffre dans sa vie quotidienne, de l'instabilité des prix des denrées de première nécessité»<sup>28</sup> dépend forcément de l'Hôpital au premier incident survenu dans son quotidien. Toutefois, comme nous l'avons vu pour les deux exemples cités précédemment, la pauvreté ne suffit pas pour entrer dans l'institution; la maladie est une composante supplémentaire et

<sup>27</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 147, dossier 1859, lettre du pasteur Perey, de Carouge, du 18.3.1818.

<sup>28</sup> PIUZE 1973, pp. 545-546.

nécessaire pour l'hospitalisation, excepté pour quelques catégories de valides dont il sera question dans le prochain paragraphe. Pourtant, la maladie en général n'est pas non plus suffisante, puisque le déclin de la vue de Jeanne Suzanne Gautier ne l'a pas conduite à l'Hôpital; entrent en ligne de compte, non seulement la nature de la maladie, dont il sera question plus loin, mais aussi la situation familiale de l'hospitalisé, malheureusement difficile à saisir à travers nos sources, de même que les conditions de logement, presque impossibles à percevoir.

Tout indique alors qu'il est impossible de distinguer le social du médical. Néanmoins, dans l'organisation intérieure de l'établissement, quelques éléments révèlent une différenciation entre malades et valides. En premier lieu, un espace géographique est nettement réservé aux malades qui doivent, selon les règlements, être accueillis dans des chambres distinctes des bien-portants. De plus, dans les registres d'entrées et de sorties des archives hospitalières, les personnes souffrantes sont qualifiées comme telles, par les termes de «malade», «blessé», avec parfois quelques précisions. Par ailleurs, certaines catégories de valides sont bien délimitées et de ce fait facilement repérables.

#### *b) Les valides «certifiés»*

Avant d'en arriver définitivement aux malades perçus comme tels par l'institution, il m'a paru nécessaire de s'arrêter quelques instants sur les personnes reçues dans l'Hôpital, non pas en raison d'une conjonction de situation sociale et médicale difficile, mais pour des motifs qui relèvent de critères différents, qui éclairent par conséquent l'institution sous un autre jour, et permettent ainsi de la considérer de manière plus globale.

Commençons par les enfants, orphelins, abandonnés ou temporairement «confiés» à l'Hôpital, et qui représentent une bonne proportion des valides. La distinction entre abandonnés ou «confiés» est importante, dans la mesure où les premiers n'ont aucune chance de retrouver leurs parents, ces derniers n'ayant pas précisé le prénom du bébé; ils ne se laissent donc aucun moyen de le retrouver quelque temps plus tard; c'est ainsi que Gabrielle Etourneau est découverte à 10 heures et demi du soir devant la grande porte de l'Hôpital, âgée d'environ quatre jours, avec une carte précisant qu'elle n'avait pas été baptisée<sup>29</sup>. Au contraire, Jean-Louis Peluchet est amené par l'auditeur, avec un billet indiquant

<sup>29</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 45, 25.5.1766.



son identité<sup>30</sup>, de manière à ce que ses parents puissent le retrouver s'ils connaissent des jours meilleurs<sup>31</sup>. L'abandon existe dans toute l'Europe, chaque fois qu'une disette, une guerre, une maladie vient perturber un équilibre précaire; c'est ainsi qu'à Narbonne, en 1816, une mère s'exprime de la manière suivante:

«Les circonstances du temps permettent que je dépose mon enfant légitime dans cet hospice. C'est une femme plaignante qui le recommande à votre secours et à votre humanité. Mon mari, capitaine Bessole, a été tué dans l'affaire de Toulouse, il m'a laissée dans la plus grande nécessité, il m'a laissé 4 enfants, et j'en ai placé 3 et mon dernier, le plus jeune et le plus aimable, je le recommande à votre générosité»<sup>32</sup>.

Entre 1745 et 1785, une moyenne de 17 enfants sont acceptés annuellement, ce qui représente environ 2% des naissances genevoises<sup>33</sup>. Cela ne semble pas une charge très élevée pour l'Hôpital, mais si l'on pense qu'une fois recueillis, les enfants restent une dizaine d'années sous sa dépendance, celle-ci devient nettement plus considérable. De fait, en 1743, 370 enfants sont placés à la campagne par l'institution<sup>34</sup> et, en 1799, 384 enfants vivent dans les mêmes conditions<sup>35</sup>.

Ces enfants ne restent pas longtemps dans les murs de l'institution: munis d'un petit carnet (fig. 2), ils sont généralement placés chez une nourrice au cours de leurs quatre premières années, puis jusqu'à dix ans, dans des familles à la campagne, pour y travailler. Le système n'est pas toujours favorable à leur développement, si l'on en croit le pasteur de Cartigny, lequel dénonce les abus de certains paysans, qui profitent de leurs pauvres pensionnaires<sup>36</sup>; un autre pasteur, de Chancy cette fois, réclame à la direction «des provisions de rhubarbe, manne, café(?), sené, greneste et autres purgatifs», pour les distribuer lui-même aux enfants de la «Maison», lorsqu'ils tombent malades<sup>37</sup>. Cependant, certains ont semble-t-il de la chance, comme Auguste Juhlan:

«Mademoiselle, Je viens de voir Auguste Juhlan, il est dans une des meilleures maisons de Jussy; on l'aime beaucoup; il est bien portant, fort gai et alerte. C'est un enfant gentil, jolie figure, mine fraîche, tête fort propre. Il est très content

<sup>30</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 165, 25.8.1770.

<sup>31</sup> Sur le don et l'abandon d'enfants à Genève, voir l'excellent article de AQUILON 1985, pp. 203 à 228.

<sup>32</sup> Cité par GÉLIS, LAGET et MOREL 1978, p. 48.

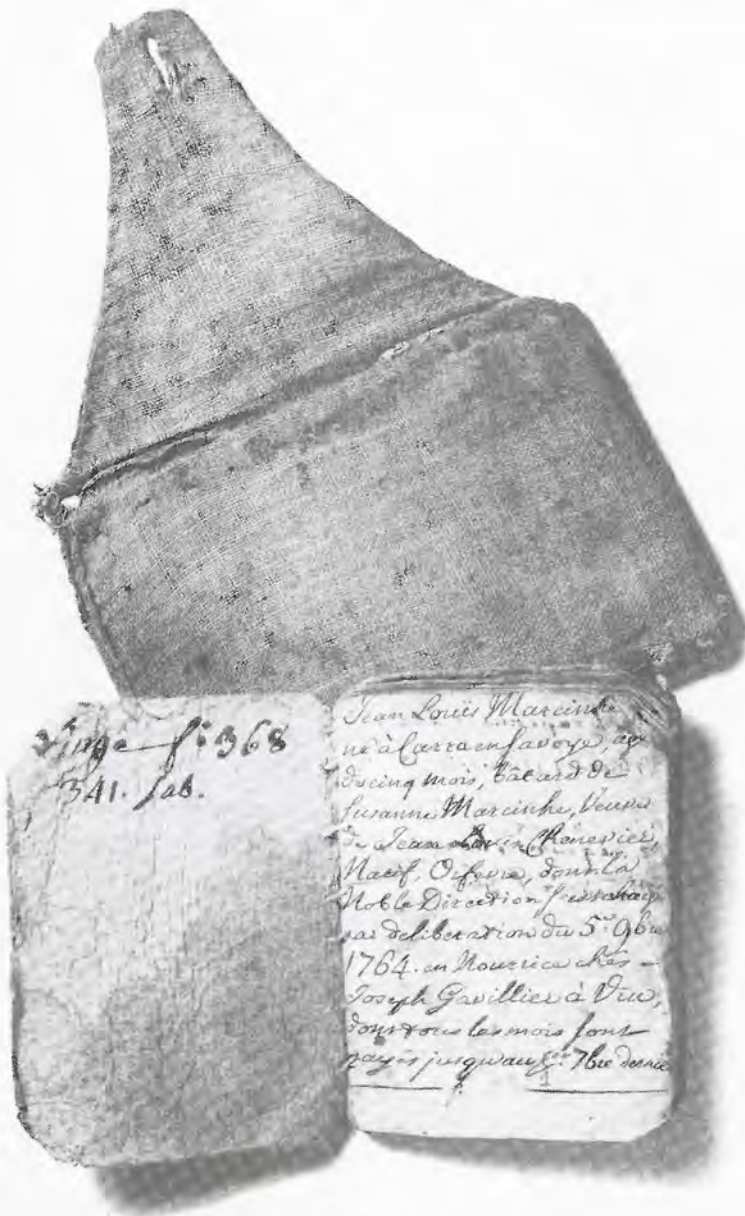
<sup>33</sup> AQUILON 1985, p. 204.

<sup>34</sup> WIEDMER 1990, p. 135.

<sup>35</sup> Collection Girod, 44, n°1. Rapport sur l'Hôpital, 1799.

<sup>36</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 245, 5.4.1758.

<sup>37</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 579, 18.6.1760.



Carnet d'un assisté en 1764

Figure 2: Carnet d'une vingtaine de feuillets, entouré d'une couverture de carton brun, placé dans un étui de toile, et renfermant les éléments administratifs de la trajectoire de son propriétaire. Ce carnet était délivré à chaque enfant assisté par l'Hôpital, le suivait pendant son parcours de jeunesse (nourrice, employeurs, etc.) et constituait son dossier personnel.

des gens chés qui il est. Ses habits sont bons, mais le dernier qu'il a reçu est beaucoup trop grand, et si l'on veut le soigner un peu mieux que ne le sont ordinairement ceux de l'Hôpital, il lui faudrait des bas pour qu'il eut les pieds au chaud et un gilet de flanelle pour mettre sur la chemise, car il n'en a point. Sa figure gaye l'a fait un peu distinguer»<sup>38</sup>.

Dans certaines circonstances, ils reviennent faire un séjour dans l'Hôpital; Jeanne Bornand, 16 ans, est ramenée dans la «Maison» deux mois «pour la faire instruire pour la communion»<sup>39</sup>; tandis qu'un autre revient pour «apprendre la musique des psaumes»<sup>40</sup>. Un mauvais traitement reçu dans les familles «d'accueil» constitue une autre raison de réintégrer l'établissement<sup>41</sup>, du moins temporairement, les enfants étant ensuite replacés ailleurs<sup>42</sup>. A l'inverse, d'autres reviennent à cause de leur mauvais comportement, à l'instar de Peronne Tetlen, renvoyée de sa famille car elle est «trop méchante»<sup>43</sup>. Il arrive que plusieurs enfants soient «rendus», car leur nourriture est trop onéreuse<sup>44</sup>; les familles dans lesquelles ils sont placés n'ont plus de quoi les garder, malgré le léger pécule qu'elles reçoivent pour l'entretien de leurs petits pensionnaires. C'est ainsi qu'en 1765, l'hospitalier constate que la «Maison» est remplie de jeunes filles entre 12 et 18 ans, renvoyées par les paysans sous divers prétextes, ces derniers voyant arriver le moment où ils ne recevraient plus de pension pour elles; la direction décide alors d'annoncer dans la Feuille d'Avis que les Genevois peuvent trouver des domestiques parmi les jeunes femmes recueillies par l'institution<sup>45</sup>. Cinq ans plus tard, il se plaint encore que plusieurs jeunes filles habitent toujours dans l'Hôpital, bien que n'étant plus «dans le cas d'y demeurer»; il n'arrive toutefois pas à les faire sortir pour chercher du travail, car, pense-t-il, elles sont trop bien dans la Maison. Il propose alors de réduire leur alimentation au plus strict minimum (soupe, pain et eau), proposition à laquelle adhèrent les directeurs<sup>46</sup>.

<sup>38</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 146, dossier 1844. Lettre signée par une femme prénommée Marguerite dont le nom de famille est illisible, datant de 1795.

<sup>39</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 199, 10.1.1762.

<sup>40</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 301, 12.7.1763.

<sup>41</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 170, 22.8.1770, concernant Jeanne Aubin, revenue de la campagne «ayant été très maltraitée».

<sup>42</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, p. 96, 17.3.1789; Catherine Bonnevie, 15 ans, est renvoyée de chez sa maîtresse et reçue dans l'Hôpital jusqu'à ce qu'on lui trouve une autre place. Dans ce cas, cette jeune fille était placée en apprentissage ou comme domestique, vu son âge.

<sup>43</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, p. 143, 5.5.1790.

<sup>44</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, octobre 1789.

<sup>45</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 467, 12.8.1765. Sur les enfants abandonnés, voir GÉLIS 1984, pp. 422 à 423, qui décrit pour ces enfants en France un parcours similaire à celui des enfants trouvés à Genève: passage temporaire dans l'hôpital, mise à la campagne, retour dans l'institution pour être élevé «à la crainte de Dieu».

<sup>46</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 383, 17.6.1770.



D'autres enfants sont accueillis dans la « Maison », de manière temporaire, soit pendant la maladie d'un de leurs parents, comme Henry et Marie-Madeleine Duteil, reçus le jour même de l'hospitalisation de leur père malade<sup>47</sup>, soit lors d'une situation économique particulièrement difficile pour la famille, qui n'a plus de quoi entretenir toute sa progéniture; l'Hôpital constitue alors le seul recours possible pour ces enfants<sup>48</sup>. L'institution se veut aussi protection pour certains enfants qui vivent dans une situation familiale peu favorable à leur développement; c'est ainsi que la fille de Jean Chevalière est admise « pour la soustraire aux mauvais traitements de son père », sur ordre du directeur de son quartier, qui décide de la placer auprès d'un maître d'apprentissage<sup>49</sup>.

Une frange de la population des valides hospitalisés se trouve enfermée dans la Discipline, et plusieurs cas de figure peuvent les mener à l'enfermement.

En effet, certains aspects comportementaux sont susceptibles de conduire à la Discipline; Esaïe Palud est enfermé pendant un mois au cachot, en punition de son indocilité et de son ivrognerie, suite à une plainte portée contre lui par maître Borel, son maître d'apprentissage<sup>50</sup>. André Delage, quant à lui, a quitté la famille dans laquelle il avait été placé à Russin pour mendier « insolemment » par la ville; il est enfermé sur ordre du Petit Conseil, et ne recevra l'autorisation de sortir qu'au bon plaisir de la Seigneurie<sup>51</sup>. Ces deux exemples illustrent bien la complexité de l'enfermement à Genève: en effet, les deux jeunes gens sont probablement mis sous la tutelle de l'Hôpital, mais l'un est puni par la Seigneurie, tandis que l'autre l'est par la direction; il est donc difficile d'établir une règle selon laquelle certains individus relèvent de la compétence du Magistrat en matière d'enfermement et d'autres de celle des directeurs directement<sup>52</sup>. Certains subissent la punition corporelle administrée dans l'établissement, comme Antoine Branchu, natif, reçu sur ordre du Petit Conseil et fustigé au bas de l'escalier pour avoir volé des planches<sup>53</sup>; Jacob Bergue, lui, est envoyé au cachot, et sa mère a demandé à le fouetter elle-même<sup>54</sup>. L'enfermement ne connaissant pas d'âge, Théodore Delacharnière, fils de

<sup>47</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 250, 17.2.1774.

<sup>48</sup> Sur les enfants de l'Hôpital, voir aussi BALMAS 1992.

<sup>49</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 185, 20.6.1771.

<sup>50</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 12, p. 211, 11.5.1757.

<sup>51</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 12, p. 177, 9.3.1756.

<sup>52</sup> Sur la question de l'enfermement à l'Hôpital, voir BARRAS-DORSAZ 1985, pp 77-112; ROTH 1981, pp. 57-62.

<sup>53</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 148, 10.3.1761.

<sup>54</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, p. 137, 28.3.1790.

Jean<sup>55</sup>, âgé de huit ans, est admis sur ordre de la direction, pour être fessé et enfermé quinze jours dans une chambre close, pour cause de libertinage et de désobéissance; heureusement pour lui, l'énoncé de la punition s'avère plus grave que son application puisqu'il est libéré quatre jours plus tard, et la fessée supprimée. Les délits de mœurs, la fainéantise, le vol, l'ivrognerie sont autant de motifs susceptibles de conduire des valides à l'Hôpital, et plus particulièrement à la Discipline<sup>56</sup>.

Mendiants et vagabonds sont parfois également enfermés à la Discipline, de manière plus ou moins stricte; Jean-Jacques Soulier, natif, est amené parce qu'il «vagabondoit par la ville, s'yvrant et mendiant avec menteries et insolences»; vagabondage, plus ivresse, plus mendicité, plus mensonges, plus insolences; on aurait pu s'attendre à une peine très dure; mais il lui est simplement défendu de sortir de la cour de la Discipline<sup>57</sup>. D'autres, notamment les mendiants étrangers, sont passibles de sanctions beaucoup plus graves; à ce propos d'ailleurs, un procureur général s'indigne du fait que le Conseil a autorisé la fustigation d'un mendiant dans la cour de la Discipline; il accuse la nature infamante de cette peine, et affirme que cette procédure est hors la loi. Le Conseil répond alors que l'article 163 des Ordonnances ecclésiastiques prévoit que tous les moyens sont permis pour lutter contre la mendicité, autorisant de ce fait la direction à faire fouetter les mendiants; il ajoute cependant qu'elle n'utilise ce moyen que contre les mendiants étrangers et les vagabonds sans aveu et récidivistes<sup>58</sup>.

L'enfermement est particulièrement mal perçu par certains, comme en témoigne le récit du suicide de Martin Guiot, charpentier, relaté dans un procès criminel établi après sa mort. Jean-Louis Viridet, valet de ville – autrement dit chasse-gueux employé par l'Hôpital – rencontre Martin Guiot qui fait la manche en ville alors qu'il est assisté par l'institution. Avec l'aide d'autres valets de ville qui sont en sa compagnie, ils l'arrêtent malgré sa résistance et le conduisent à l'Hôpital, en dépit des menaces du charpentier: «C'est bien la dernière fois que vous m'arrêterez et que je serai entre vos mains, je me tuerois et m'etrangerois plutôt». Selon la déposition de Jeanne Françoise Petit, domestique de l'Hôpital, «on l'enferma dans une petite chambre où on met les mendiants»; et quelques heures plus tard «sur les cinq heure, etant allée lui porter à souper, elle [Jeanne Petit] trouva ledit Guiot suspendu par le col à un barreau de la fenêtre»<sup>59</sup>.

<sup>55</sup> Il est important de préciser qu'il est fils de Jean, ce qui signifie que son père était vivant, sinon le secrétaire aurait noté: fils de *feu* Jean. Voir AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 179, 27.8.1761.

<sup>56</sup> BARRAS-DORSAZ 1985, pp. 110-112.

<sup>57</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 14, p. 259, 26.7.1774.

<sup>58</sup> AEG, R.C. 276, pp. 101 et 105, 18 et 21.2.1775.

<sup>59</sup> AEG, P.C 1<sup>re</sup> série 11697, 21-22.3.1768, qui m'a aimablement été indiqué par Michel Porret.



A Genève comme ailleurs en Europe, la question des mendiants relève des hôpitaux. Dans les grandes villes qui abritent plusieurs sortes d'hôpitaux, à savoir un hôtel-Dieu réservé aux malades, et un hôpital général pour les autres, c'est à ce dernier que revient de trouver une solution à ce problème toujours et partout présent<sup>60</sup>. A Genève, toutes ces différentes institutions sont centralisées sous un même toit, et c'est à la direction de l'Hôpital qu'incombe la lutte contre la mendicité. Cette lutte est une préoccupation récurrente pour les directeurs, qui ont engagé six chasse-gueux, dont trois sont chargés de se tenir aux portes de la ville pour empêcher tout suspect d'entrer, et les trois autres de battre les pavés de la cité afin «de nettoyer la ville des mendiants»<sup>61</sup>. Il est intéressant de relever que si cette question est très fréquemment abordée dans les registres de délibérations des directeurs, le nombre des mendiants inscrits dans le registre des entrées et des sorties est lui minime. En effet, alors que 112 mendiants et vagabonds sont enfermés entre 1656 et 1669, seuls quatre d'entre eux sont répertoriés entre 1760 et 1798<sup>62</sup>. Comme toujours pour cette période, les chiffres ne sont qu'indicatifs, et les sources pas totalement fiables pour établir des statistiques conformes à la réalité. Toutefois, cela témoigne clairement du fait que la perception de la mendicité s'apparente plus à l'obsession qu'à une réalité bien concrète, sauf si les chasse-coquins sont complètement inefficaces, ce que laissent sous-entendre d'ailleurs les délibérations de la direction. Ils sont en effet convoqués à plusieurs reprises et réprimandés pour leur devoir mal accompli, ce qui provoque, aux dires de la direction, un afflux de mendiants qui, par exemple insultent le passant, le dimanche, dans les environs, ainsi qu'aux différentes portes de la ville; et pourtant, une année auparavant, on avait promis aux valets de ville une récompense de six sols par mendiant amené à l'Hôpital<sup>63</sup>. Néanmoins, même si les chiffres devaient être quelque peu revus à la hausse, il semble pourtant clair que la crainte de la mendicité est nettement plus importante que la mendicité elle-même.

Certains valides demandent à être reçus par l'institution, à titre de pensionnaires, payant un tarif différent selon les conditions d'hébergement.

<sup>60</sup> Sur ces différentes catégories d'hôpitaux, voir JOERGER 1977, p. 1027. Cette classification entre: hôpitaux, de structure paroissiale distribuant des secours alimentaires, mais accueillant aussi des malades, des enfants, des incurables et des invalides, hôtels-Dieu, réservés aux malades, et hôpitaux généraux, destinés à «enfermer» les vagabonds, et accueillir les malades refusés par les hôtels-Dieu, est importante pour mieux comprendre comment s'articulaient les différentes formes d'assistance, malgré qu'elle soit très schématique.

<sup>61</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 218, 5 février 1758.

<sup>62</sup> BARRAS-DORSAZ 1985, pp. 110-112.

<sup>63</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 111, 3.8.1757 et Aa 102, p. 582, 11.10.1756.

C'est ainsi que Philippe De Brus désire entrer avec son domestique; les directeurs s'empressent de lui ouvrir les portes, et lui proposent «tout ce qui pourrait être agréable à un homme comme lui, dont la piété et la bienfésance font le caractère distinctif»; ils expriment toutefois leur crainte que cela ne soit pas assez bien pour lui, notamment du point de vue de la tranquillité et de la nourriture. P. De Brus passe deux mois dans l'établissement, puis le quitte, en raison justement du manque de calme; il ne trouve probablement pas ailleurs la quiétude désirée, puisqu'il revient six semaines plus tard<sup>64</sup>. Jaques Deharsu, maître chirurgien et membre du Conseil des CC, s'est retrouvé, quant à lui, complètement isolé après le décès de sa mère et hors d'état de tenir un ménage, à cause notamment de ses infirmités. Il est alors accueilli avec son domestique dans une chambre particulière, chauffée et éclairée<sup>65</sup>.

D'autres pensionnaires sont placés par leur famille, qui ne sait plus comment s'occuper de ce parent devenu encombrant. Un nommé Lesage, par exemple, après avoir affirmé que sa tante est «d'une humeur et d'un génie si tracassier que ses parents et la Bourse allemande desiroient fort d'en être débarrassés», demande donc que l'Hôpital la reçoive; à cet effet, il offre trois écus par mois, pour payer sa nourriture, le nettoyage de son linge, un lit dans la chambre des Bourgeoises, «qui est commune à plusieurs personnes»<sup>66</sup>. Georges Hamilton, quant à lui, est logé pour dix écus blancs par mois, nourri, blanchi, chauffé, servi, «médicamenté»<sup>67</sup>, tandis que Michel Mollet est prêt à payer n'importe quel prix pour avoir une chambre particulière, avec cheminée, être nourri à la table de l'hospitalier, blanchi, soigné en cas de nécessité et servi par un domestique. Il se charge d'amener ses meubles et ses habits, de payer le sucre, le thé et le café; en revanche, il demande que l'on «planchoie» sa chambre, le carrelage étant trop froid, que l'on change le système de la fenêtre, également pour des raisons de température; la direction consent à ces transformations<sup>68</sup>.

Certains deviennent également pensionnaires contre leur gré, telle Susanne Chalande que le pasteur Juventin, en accord avec sa famille, juge bon de mettre à l'Hôpital, en payant un écu neuf par mois, après qu'elle a mis au monde quatre ou cinq bâtards<sup>69</sup>.

<sup>64</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, pp. 28, 38, 49, 57, mars, avril, juin, août 1772.

<sup>65</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 233, 10.7.1780 et Fc 1, p. 244.

<sup>66</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 27, 27.2.1757.

<sup>67</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 22, 16.2.1757.

<sup>68</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 223, 225, 233, 27.2, 1 et 8.3.1752. On ne sait pas si sa qualité de beau-frère d'un ancien syndic a joué un rôle dans le fait que les directeurs acceptent les travaux engagés; il resta à l'Hôpital jusqu'en 1759 (AEG, Arch. hosp. Fc 1, pp. 30 et 38).

<sup>69</sup> AEG, Arch. hosp. Fc 1, p. 138, 1.7.1782.

Les critères d'admission des pensionnaires sont donc de plusieurs ordres. Le premier concerne bien sûr l'aspect financier; de manière générale, un pensionnaire n'est accueilli que si lui ou sa famille a les moyens de payer la pension. Le deuxième critère est nettement moins objectif, puisque d'ordre moral, dans la mesure où certains pensionnaires se voient refusés dans l'institution, car ils n'incarnent pas le profil du « bon » pauvre. Il en est ainsi pour Isabelle Marguerite Chevalier, qui demande à entrer à l'Hôpital; le directeur, responsable de son quartier, informe ses collègues qu'elle a déjà passé cinq ans à la Discipline pour mauvaise conduite, conduite qui ne s'est pas améliorée depuis; il ajoute qu'en plus, elle est enceinte et dans la misère. La direction ne l'accepte donc pas, arguant que l'institution avait dû refuser des pauvres qui le méritaient; on donne finalement à Isabelle une assistance ponctuelle<sup>70</sup>.

Excepté les pensionnaires, supposés demeurer dans l'institution assez longtemps, les autres bien-portants de l'institution effectuent des séjours de courte durée; en effet, nous l'avons vu, les enfants recueillis ne sont que de passage entre les murs de l'Hôpital, et sont rapidement placés dans des familles de la campagne; de même les occupants de la Discipline ne restent que le temps de leur condamnation. L'Hôpital n'offre pas, à quelques exceptions près, un abri où terminer sa vie, que l'on soit valide ou malade, comme nous le verrons plus tard.

### *c) Quand le scribe atteste de la maladie*

Après avoir consulté d'assez près les archives hospitalières, et au vu de ce qui vient d'être évoqué, le doute m'a envahie quant à la pertinence de mon propos. Est-il en effet justifié d'axer une recherche sur les malades de l'Hôpital au XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que, au premier abord, l'institution se pose comme un organisme d'assistance, quelle que soit la nature de la détresse d'un individu, sans opérer de distinction bien nette sur les motifs des demandes? Les malades représentent-ils une population d'une part cohérente et, d'autre part, distincte des autres occupants de l'Hôpital? Et finalement, n'est-ce pas anachronique que de vouloir étudier les malades d'une institution, comme on pourrait le faire aujourd'hui? Cela signifie-t-il superposer le modèle de l'actuel hôpital à celui de l'Ancien Régime?

La description des valides a justement été élaborée pour remettre les malades dans le contexte plus général d'un hôpital sous l'Ancien Régime.

<sup>70</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 423, 6.2.1791.

Il est clair que bien-portants et malades s'y côtoient, ce qui donne à cette institution un éclairage très différent des hôpitaux d'aujourd'hui. Et pourtant, d'une part les malades n'y entrent pas pour les mêmes raisons que les valides, et d'autre part, à l'intérieur même des murs, ils ont un secteur qui leur est réservé, dans lequel d'ailleurs sont transférés des valides de l'institution, lorsqu'ils tombent malades. Il en est ainsi pour Georgette Bertoud, « disciplinière », dont les jambes enflées incitent le docteur Manget à demander son déplacement dans la chambre des femmes malades<sup>71</sup>. Et finalement, dans le registre des entrées et des sorties, le scribe atteste de cette différence lorsqu'il annote à côté du nom du patient le terme de malade ou de blessé. Cela implique donc que la perte de santé, même momentanée, constitue le premier motif, mais pas le seul, d'hospitalisation. C'est ce qui m'a décidée à continuer dans ma démarche, tout en mesurant le risque de confusion et d'anachronisme que cela peut impliquer.

En effet, en dépit de ce danger, il m'est apparu qu'une étude sur les malades permet d'aborder sous un angle différent la question de la médicalisation d'une institution de ce genre. Si par ce terme, on entend communément la montée du pouvoir médical, et l'importance toujours plus grande des médecins et chirurgiens, alors, la définition du terme de médicalisation doit être beaucoup plus large, pour non seulement englober les différents distributeurs de soins<sup>72</sup>, mais surtout pour prendre ses racines auprès des individus demandeurs de soins. En effet, le malade est à la base de l'acte médical, et seule sa présence implique la nécessité de l'autre acteur ; par ailleurs, le soignant n'appartient pas forcément au corps médical, comme nous le verrons dans les chapitres suivants ; il convient donc d'élargir le sens donné au terme de médicalisation, et de le recentrer sur le malade.

## B. Entrer à l'Hôpital

Nous l'avons vu, des valides et des malades sont pris en charge par l'institution pour des raisons différentes. Mais ils y côtoient aussi d'autres valides et malades qui eux ne dépendent pas directement de l'Hôpital ; ils y sont placés à la demande et surtout aux frais des différentes Bourses dont il a été question plus haut. En outre, certains soldats sont aussi hospitalisés dans des salles qui leur sont réservées dès 1799, et peut-être bien

<sup>71</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 391, 26.2.1764.

<sup>72</sup> Tendance déjà bien acceptée par les historiens, comme le souligne FAURE 1996, p. 572.

avant déjà. Pour des questions d'ordre méthodologique qu'il est temps d'expliquer, ces deux catégories d'hospitalisés sont laissées de côté dans ce travail.

### 1. *Explications méthodologiques*

Deux dépouillements du registre des entrées et des sorties ont été opérés, l'un d'ordre quantitatif et l'autre de nature qualitative, pour arriver à cerner la population des malades hospitalisés. Le premier a été effectué sur 70 ans, de 1750 à 1819; il a pris en considération le nombre d'entrées des malades par rapport aux autres, le pourcentage de mortalité, la répartition des sexes, la nature de la maladie lorsqu'elle est mentionnée; il permet d'avoir une vue d'ensemble d'une part sur les malades en général, et d'autre part sur la dynamique de certains changements adoptés en leur faveur. Le deuxième dépouillement concerne trois années, 1761, 1792 et 1817, choisies non pour de savantes raisons statistiques, mais surtout pour la qualité des données. En effet, certains secrétaires sont plus soigneux que d'autres et donnent de ce fait plus d'indications, raison pour laquelle j'ai choisi ces trois années. Une prise de donnée nominale a été faite cette fois, avec tous les renseignements possibles pour mieux cerner le profil des malades hospitalisés. Mais commençons d'abord par tout ceux qui ont été exclus de cette recherche.

Pour arriver à un résultat cohérent, il a fallu mettre de côté les soldats hospitalisés et les personnes envoyées par les différentes Bourses, sur lesquelles les secrétaires sont particulièrement avares de renseignements, et qui, *a priori*, ne représentent pas un échantillon de la population genevoise. En effet, les soldats «qui pour la plupart étoient jeunes conscrits, épuisés par les fatigues de la guerre, servant malgré eux, et atteints du mal du pays»<sup>73</sup>, ne sont que temporairement en ville; ils constituent une catégorie différente de malades, dans la mesure où ils sont envoyés à l'Hôpital par leur capitaine, dans une chambre qui leur est destinée, soignés par leurs infirmiers<sup>74</sup>. Leur situation se complique encore lorsque l'on sait que les militaires sont théoriquement pris en charge par les Bourses dont ils dépendent, sauf lorsqu'ils ont été blessés ou sont devenus invalides au service de la Seigneurie; dans ce cas, ils sont pris en charge par l'Hôpital<sup>75</sup>. Par conséquent, lorsque l'on trouve le nom d'un soldat hospitalisé, on ne

<sup>73</sup> ODIER 1814, petite brochure se trouvant aux AEG, Collection Girod 45, n° 3.

<sup>74</sup> AEG, Archives privées 128, Papiers Joly, enveloppe 70.

<sup>75</sup> *Les Sources du droit du canton de Genève*, publiées par E. Rivoire et V. van Berchem, Aarau, 1927-1935, tome 4, p. 478, 27 janvier 1682.



sait pas d'où il vient, pourquoi il est là, ni par quel organisme il est pris en charge. Toutefois, les secrétaires mentionnent toujours le fait qu'ils sont soldats, ce qui m'a permis de les exclure. En outre, leur hospitalisation n'est pas comparable à celle des Genevois, comme le rappelle Abraham Joly dans un rapport effectué sur l'institution en 1789, et grâce auquel nous savons que 361 malades de la ville sur 4000 vont à l'Hôpital, tandis que 735 soldats sur 900 ont recours à l'institution, connaissant de surcroît un très faible taux de mortalité (en cinq ans: 60 morts pour 3676 hospitalisés, soit 1,6%)<sup>76</sup>, contrairement aux autres malades.

Quant aux personnes hospitalisées sur la demande des différentes Bourses étrangères, elles ne sont par définition pas d'origine genevoise; il est vrai que probablement, certaines d'entre elles demeurent à Genève de façon permanente, mais d'autres sont seulement de passage en ville; or, notre source ne nous permet pas de faire la distinction. Par conséquent, tenter d'établir des comparaisons avec les habitants de la ville, notamment en ce qui concerne la mortalité, nous contraint à les oublier. D'autre part, les scribes ne sont pas non plus diserts à leur sujet et déterminer le motif de leur hospitalisation relève du jeu des devinettes. Si l'hospitalisation militaire est sûrement médicale, les Bourses, quant à elles, ont de nombreuses raisons, tant sociales que médicales, d'envoyer leurs ressortissants dans l'institution. Ces deux raisons (le peu d'informations et le rapport à la population) m'ont incitée à ne pas tenir compte de ces deux groupes d'hospitalisés, excepté dans le tableau ci-dessous:

Tableau récapitulatif des résultats trouvés lors du dépouillement quantitatif <sup>77</sup>.

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| valides              | 9059 soit 34,25%   |
| soldats              | 2352 soit 8,89%    |
| bourses              | 2739 soit 10,35%   |
| malades              | 12299 soit 46,50%  |
| total                | 26449              |
| hommes malades       | 6593 soit 53,60%   |
| femmes malades       | 5706 soit 46,39%   |
| décès hommes malades | 1046 soit 15,86%*  |
| décès femmes malades | 1160 soit 20,32%** |
| total décès          | 2206 soit 17,93%   |

\* Calculé par rapport aux hommes malades

\*\* Calculé par rapport aux femmes malades

<sup>76</sup> AEG, Archives privées 128, papiers Joly, enveloppe 70.

<sup>77</sup> Rappelons que la période concernée s'étend entre 1750 et 1819, mais compte en fait 64 ans, puisque le dépouillement n'a pu se faire pour 1771, et de 1777 à 1781, en raison des sources par trop lacunaires.

Ce tableau constitue une prise de vue de très haut sur la population hospitalière entre 1750 et 1819 et permet de constater qu'environ 19% de cette population est définitivement écartée de ce travail, pour les raisons données ci-dessus. Avant toute tentative d'analyse, il convient d'insister sur le fait que ces chiffres n'ont qu'une valeur indicative; ils permettent de déceler des tendances générales, mais n'autorisent en aucune manière une histoire purement quantitative, pour laquelle il aurait fallu impérativement un dépouillement nominatif pour les 70 ans concernés, nécessitant alors des aptitudes et des outils d'analyse adéquats.

## 2. *Les malades en augmentation*

Un simple regard par décennies sur la proportion de malades par rapport aux bien-portants constitue déjà un indicateur sur le mouvement intra-hospitalier.

Pourcentage des valides et des malades par rapport au total.

| années    | total | valides       | malades       |
|-----------|-------|---------------|---------------|
| 1750-1759 | 3542  | 1215 / 34,30% | 1292 / 36,40% |
| 1760-1769 | 4547  | 1431 / 31,47% | 1903 / 41,85% |
| 1770-1779 | 2328  | 1029 / 44,20% | 617 / 26,50%  |
| 1780-1789 | 3119  | 1289 / 41,32% | 1187 / 38,05% |
| 1790-1799 | 4429  | 1306 / 29,48% | 2173 / 49,06% |
| 1800-1809 | 4203  | 1347 / 32,04% | 2509 / 59,69% |
| 1810-1819 | 4281  | 1442 / 33,68% | 2618 / 61,15% |

L'examen de ce tableau montre que le pourcentage des valides reste relativement stable puisqu'il oscille entre 29 et 44%; c'est ainsi qu'au début de la période étudiée il s'élève à 34% et à la fin, à 33%. Les vingt ans qui séparent 1770 à 1789 semblent connaître une nette augmentation de ce pourcentage; mais plusieurs années de cette décennie sont manquantes, précisément entre 1777 et 1781, et cette lacune, principalement due au scribe, peut expliquer l'étrangeté de ces résultats; ce d'autant plus que l'on retrouve aussi et surtout entre 1770 et 1779, des résultats étranges dans le total des hospitalisés et dans le pourcentage des malades, qui connaissent tous les deux une véritable chute. Peut-être y a-t-il eu soudain une augmentation des valides au détriment des malades, mais il faudrait d'autres indices pour étayer cette hypothèse.

Les malades sont quant à eux en constante augmentation (sauf entre 1770 et 1779) et, au tournant du siècle, ils atteignent presque le double du nombre de valides. Ces chiffres sont corroborés par la lecture des registres des délibérations, qui témoignent de la volonté des directeurs de concentrer leurs efforts sur les individus malades; en 1784, la direction émet le désir que «toutes les personnes qui sont en santé et inutile[s]»<sup>78</sup> quittent l'institution, et en 1792, il est mentionné par hasard que les malades sont en augmentation<sup>79</sup>.

Par ailleurs, en 1789, les responsables de l'institution considèrent que les chambres des hommes malades ne sont plus suffisantes et qu'il est important de les loger dans des locaux mieux aérés et surtout plus spacieux; c'est ainsi que des 26 lits réservés aux hommes malades, la direction décide de leur en destiner alors 48<sup>80</sup>. La volonté des directeurs d'axer leurs efforts sur les malades est bien réelle, et paraît confirmée par les chiffres montrés plus haut. Il est intéressant de constater que cette volonté semble, pour une fois, anticiper les besoins de l'institution: en effet, le rapport d'Abraham Joly, écrit à la fin des années 1780<sup>81</sup>, montre que le nombre ordinaire d'hommes malades s'élève à 16, et donc que 22 lits devraient se montrer suffisants<sup>82</sup>. D'autre part, ce rapport indique que la moyenne des hommes malades est de 18, mais que parfois le nombre pouvait monter jusqu'à 33<sup>83</sup>. La direction décide donc de changer structurellement l'importance de la place accordée aux malades, alors que cette nécessité n'est encore que conjoncturelle.

Cette modification d'orientation n'est certes pas radicale, elle s'opère sur plusieurs années et n'aboutit pas à une médicalisation complète de l'institution; d'ailleurs, le nombre relativement constant des valides en témoigne. Ce n'est probablement que dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle que l'hôpital, alors séparé de l'hospice, prendra l'allure typiquement médicale qu'on lui connaît actuellement. Cependant, plusieurs éléments concourent à une évolution lente mais progressive de la prise en charge des malades, qui non seulement est la conséquence d'une volonté administrative, d'une réalité conjoncturelle, mais aussi d'une situation militaire. En effet, dès 1799, l'hôpital civil n'héberge plus de soldats, qui sont reçus dans l'hôpital militaire, situé géographiquement dans le même

<sup>78</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 428, 25 avril 1784, p. 465, 19 décembre 1784.

<sup>79</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 200, 9 février 1794.

<sup>80</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 249-250, 24 mai 1789.

<sup>81</sup> AEG, Archives privées 128, enveloppe 70; Joly n'a pas daté son rapport, mais il l'a très probablement écrit en 1789. Sans compter les aliénés qui sont dans un autre corps de bâtiment.

<sup>82</sup> Les quatre derniers lits étant réservés au personnel soignant.

<sup>83</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 249-250, 24 mai 1789.

endroit, mais relevant financièrement du département du Léman<sup>84</sup>. D'ailleurs, le dépouillement des registres des entrées et sorties ne montre plus de soldats dès 1799, excepté deux en 1800 et un en 1801.

Un regard porté sur la population de Genève à cette période contribue à renforcer l'hypothèse que les malades prennent peu à peu plus de place au sein de l'Hôpital; en effet, Alfred Perrenoud a mis en évidence le déclin de la population genevoise entre 1789 et 1814<sup>85</sup>, dû à une émigration massive dont l'origine est à chercher dans les troubles politiques et la récession économique. Or, c'est justement à cette période que le pourcentage des malades augmente nettement et régulièrement.

Pourcentage de nombre de malades hospitalisés par rapport à la population genevoise<sup>86</sup>.

|      |        |       |
|------|--------|-------|
| 1750 | 22.700 | 0,65% |
| 1760 | 24.400 | 0,69% |
| 1770 | 25.800 | 0,31% |
| 1780 | 27.300 | *     |
| 1790 | 29.000 | 0,77% |
| 1798 | 24.331 | 0,82% |
| 1805 | 25.289 | 0,88% |
| 1814 | 25.013 | 0,94% |

\* Nous n'avons pas le nombre de malades pour cette année.

Ce tableau continue à mettre en lumière la difficulté rencontrée pour la décennie 1770-1780, qui voit une chute spectaculaire du pourcentage des malades, et qu'il faut encore attribuer au secrétaire de l'Hôpital. Ceci mis à part, l'évolution du nombre de malades hospitalisés par rapport au nombre d'habitants est bien réelle.

Durant la période étudiée, l'Hôpital réserve donc une part plus importante aux malades de manière assez régulière, tendance peut-être déjà amorcée dans les décennies précédentes. Cette constatation est renforcée par le fait que l'augmentation se poursuit malgré la baisse de la population au tournant du siècle; il est probable que deux éléments concourent à cette situation, avec d'une part une volonté d'abriter plus

<sup>84</sup> Voir ZURBUCHEN 1985b, pp. 310 à 318.

<sup>85</sup> PERRENOUD 1979, p. 48.

<sup>86</sup> Les chiffres de la population sont tirés de PERRENOUD 1979, p. 37.

de malades, exprimée clairement par la direction, et d'autre part un probable accroissement de la demande de la part de la population face à l'institution. En effet, la direction met à disposition un espace plus vaste, espace bientôt occupé par les patients; toutefois, l'établissement ne donne pas la même réponse pour toutes les maladies.

### 3. *L'Hôpital caméléon face aux maladies*

Il est prévu que l'Hôpital ne refuse aucun malade, contrairement à de nombreuses autres institutions du même genre. En effet, nombre d'établissements sélectionnent les patients hospitalisés selon des critères d'ordre pathologique. C'est ainsi qu'à Newcastle

« on n'admet dans l'hôpital, ni femmes enceintes, quelle que soit d'ailleurs leur maladie, ni enfans au-dessous de l'âge de sept ans, à moins qu'ils ne soient dans le cas de subir quelque opération chirurgicale, ni aliénés, ni aucun individu atteint de quelque maladie contagieuse, ni même d'une maladie chronique incurable »<sup>87</sup>;

en revanche, l'établissement admet les vénériens, contrairement à d'autres hôpitaux anglais. A Genève, la situation géopolitique n'autorise pas un tel tri, car aucune autre institution n'existe à cet effet. En effet, le territoire de la République est exigu et de ce fait ne laisse géographiquement, et surtout politiquement, pas de place pour un autre établissement. Dans un territoire plus grand, tel le Pays de Vaud, placé sous la tutelle bernoise, la plupart des malades sont envoyés dans les établissements bernois<sup>88</sup>. En Bourgogne, les malades peuvent également être dispersés selon certains critères sociaux et médicaux: « petite ville ou campagne pour les soins courants, Chalon pour les opérations importantes, la grande ville pour la rareté et le confort »<sup>89</sup>. Et de fait, de nombreux Etats sont en mesure d'envoyer certains patients dans des institutions créées à cet effet.

A Genève, rien de tel; toutefois, si l'Hôpital est tenu d'accueillir tous les malades, sans restriction, l'étude des différentes pathologies qui y sont le plus massivement représentées révèle que l'institution offre une réponse plus ou moins adéquate suivant la nature de la maladie.

Mais là encore, la prudence est de rigueur. En effet, il ne s'agit pas de cerner trop précisément les maladies recensées, sous peine de tomber dans les pièges du diagnostic rétrospectif, qui mène très vite à un anachronisme inac-

<sup>87</sup> FLAJANI 1811, p. 83.

<sup>88</sup> OLIVIER 1926, t. II, p. 778.

<sup>89</sup> LAMARRE 1993, p. 381.



ceptable. En effet, et les historiens le savent bien, la nomenclature des maladies d'autrefois ne correspond plus à celle d'aujourd'hui, et il est toujours dangereux de vouloir interpréter, ou pire encore, superposer nos pathologies actuelles à celles d'autrefois, comme l'ont d'ailleurs souligné bien d'autres historiens avant moi<sup>90</sup>. Non seulement ces derniers appellent à la prudence, mais les savants de l'époque eux-mêmes affichent des doutes analogues :

« Mais quand une personne meurt de quelque maladie chronique, obscure, anonyme, et accompagnée d'une fièvre lente, on l'enregistre ordinairement sur le rôle des morts comme phthisique, quoique dans un grand nombre de cas de cette espèce, les poumons ne soient point affectés »<sup>91</sup>.

Même au regard de la gale, le trouble est permis, si l'on croit le docteur Alibert, spécialiste des maladies de la peau au début du XIX<sup>e</sup> siècle ; selon lui « on la confond souvent avec différentes espèces de gratelle (*prurigo*), qui n'ont rien de commun avec elle que les demangeaisons qu'elles occasionnent les unes et les autres »<sup>92</sup>.

Sur les 12299 malades répertoriés à Genève entre 1750 et 1819, 4107 ont un diagnostic à côté de leur nom, comprenant 145 terminologies différentes. Face à cet éparpillement, il est nécessaire d'opérer un classement pour pouvoir tirer quelques conclusions de ces informations ; toute la difficulté réside dans le fait que ce classement doit être assez large pour ne pas pervertir l'information, mais assez canalisateur tout de même. On peut essayer de s'inspirer d'autres études faites sur le même sujet, mais on se heurte alors à un obstacle d'une autre nature. En effet, la période étudiée est marquée par une grande diversité de théories médicales, qui se concrétisent par différentes nosologies ; cette multiplication de théories et de classifications rend difficile toute comparaison. C'est le cas de l'étude consacrée au Juliusspital, hôpital dirigé par un médecin réputé déjà comme clinicien, effectuée par trois chercheurs allemands<sup>93</sup>. Les auteurs s'appuient en effet sur une source qu'ils qualifient eux-mêmes d'unique, qui diffère beaucoup des nôtres, dans la mesure où elle émane de ce praticien, Johann Lukas Schönlein<sup>94</sup>. La présence de ce clinicien, ajoutée à la nature de la source, nous éloigne trop de ce qui se passe à Genève à la même époque. En effet, le diagnostic se résume à un seul mot, dans le marginal du registre des entrées et des sorties, et écrit de la main même du secrétaire, sous la

<sup>90</sup> Sur ce sujet, PETER 1972, pp. 146 et suiv. ; GRMEK 1983, pp. 19 à 21 ; BOULLE 1982, p. 34 ; LOUIS-COURVOISIER 1994b, pp. 54-55.

<sup>91</sup> HEBERDEN 1804, p. 347.

<sup>92</sup> ALIBERT 1812, p. 367.

<sup>93</sup> BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE, 1995.

<sup>94</sup> BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE, 1995, p. 15.

dictée soit du médecin et du chirurgien, soit de l'hospitalier<sup>95</sup>. De ce constat, j'ai conclu qu'il était plus pertinent d'effectuer un classement s'apparentant à une nosologie traditionnelle de l'Ancien Régime, même si cette étude continue jusqu'en 1820. En effet, les deux premières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle ne témoignent d'aucun changement dans les termes employés, et ne mettent pas en évidence une grande mutation dans la pensée médicale hospitalière genevoise. Je me suis donc appuyée sur un *Précis de la médecine pratique*, écrit par le docteur Lieutaud, premier médecin du roi, dont la quatrième édition en trois volumes date de 1776, et qui répartit les différentes maladies selon leur siège anatomique. Le *Manuel de médecine pratique* rédigé par Louis Odier en 1811, de même que le *Dictionnaire des Sciences médicales*, édité par Panckoucke ont complété ma vision.

Tableau récapitulatif de tous les diagnostics répertoriés dans les Registres d'entrées et de sorties.

| <i>Maladies de la peau</i> |      |
|----------------------------|------|
| gale                       | 714  |
| fausse rache               | 155  |
| vermines                   | 63   |
| petite vérole              | 25   |
| ulcères                    | 24   |
| dartres                    | 12   |
| abcès                      | 8    |
| érésypèle                  | 6    |
| cancer                     | 6    |
| boutons                    | 5    |
| rache                      | 4    |
| loupe                      | 4    |
| rougeole                   | 3    |
| scrophules                 | 2    |
| maladie pédiculaire        | 2    |
| écrouelles                 | 1    |
| total                      | 1034 |

| <i>Maladies vénériennes</i> |     |
|-----------------------------|-----|
| maladies vénériennes        | 683 |

<sup>95</sup> Sur ce dernier, voir le chapitre n° 2.

| <i>Maladies traumatiques</i> |     |
|------------------------------|-----|
| blessures                    | 567 |
| fractures                    | 30  |
| brûlures                     | 24  |
| épaules démisés              | 5   |
| foulures                     | 3   |
| entorses                     | 2   |
| luxations                    | 2   |
| coupures                     | 2   |
| plaies                       | 2   |
| bras démis                   | 1   |
| pied démis                   | 1   |
| contusion                    | 1   |
| dislocation de l'épaule      | 1   |
| total                        | 641 |

| <i>Maladies de l'âme</i>  |     |
|---------------------------|-----|
| aliénés                   | 499 |
| imbécilles                | 18  |
| mélancolie                | 8   |
| esprits dérangés          | 3   |
| malade d'esprit           | 2   |
| troubles de l'imagination | 1   |
| frénésie                  | 1   |
| esprit faible             | 1   |
| tête étonnée              | 1   |
| tête dérangée             | 1   |
| total                     | 535 |

| <i>Maladies du tronc et des extrémités</i> |     |
|--------------------------------------------|-----|
| mal à la jambe                             | 154 |
| hernies                                    | 34  |
| mal au pied                                | 30  |
| mal à la main                              | 25  |
| mal au genou                               | 23  |
| mal au bras                                | 22  |
| rhumatisme                                 | 17  |
| mal au doigt                               | 16  |
| descentes*                                 | 14  |
| engelures                                  | 8   |
| panaris                                    | 2   |
| tumeur au genou                            | 2   |
| sciatique                                  | 2   |
| infirmités des jambes                      | 1   |
| goutte                                     | 1   |
| mal de dos                                 | 1   |
| distorse du bras                           | 1   |
| total                                      | 343 |

\* synonyme de hernies.

| <i>Maladies des femmes</i> |     |
|----------------------------|-----|
| accouchements              | 269 |
| suites de couches          | 39  |
| fausses couches            | 4   |
| épanchement de lait        | 3   |
| chute de matrice           | 1   |
| total                      | 316 |

| <i>Maladies externes générales qui n'ont aucun siège affecté</i> |        |
|------------------------------------------------------------------|--------|
| fièvres                                                          | 118    |
| rage + morsure de chien enragé                                   | 1 + 22 |
| hydropisie                                                       | 15     |
| humeurs froides                                                  | 5      |
| maladie d'empoisonnement                                         | 3      |
| fistule                                                          | 2      |
| humeurs scrophuleuses                                            | 2      |
| total                                                            | 168    |

| <i>Maladies externes de la tête</i> |    |
|-------------------------------------|----|
| mal aux yeux                        | 64 |
| mal au nez                          | 11 |
| goître                              | 4  |
| mal à la lèvre                      | 2  |
| salivation                          | 2  |
| maux de tête                        | 2  |
| mal de gorge                        | 1  |
| cancer au nez                       | 1  |
| mal au visage                       | 1  |
| coup de soleil                      | 1  |
| mal à l'oreille                     | 1  |
| tête enflée                         | 1  |
| hydrocéphale                        | 1  |
| migraine                            | 1  |
| fistule lacrymale                   | 1  |
| fluxion de nez                      | 1  |
| mal à la bouche                     | 1  |
| entêtement                          | 1  |
| chancre au visage                   | 1  |
| fluxion de tête                     | 1  |
| total                               | 99 |

| <i>Maladies du cerveau- (des nerfs)</i> |    |
|-----------------------------------------|----|
| épilepsie                               | 54 |
| convulsions                             | 10 |
| mal caduc*                              | 8  |
| apoplexie                               | 7  |
| tombé en paralysie                      | 2  |
| faiblesse des nerfs                     | 2  |
| cerveau dérangé                         | 2  |
| transport de cerveau                    | 1  |
| maux de nerfs                           | 1  |
| total                                   | 87 |

\* Synonyme d'épilepsie.



| <i>Opérations chirurgicales*</i> |    |
|----------------------------------|----|
| opération de la cataracte        | 19 |
| amputation                       | 10 |
| opérations                       | 10 |
| opération de la loupe            | 6  |
| opération du cancer              | 6  |
| opération d'une hernie           | 3  |
| opération de la fistule          | 2  |
| opération de la pierre           | 1  |
| opération d'un polype            | 1  |
| total                            | 58 |

\* Les malades sont admis dans l'Hôpital pour se faire opérer; il y a certainement eu d'autres opérations sur des malades qui étaient entrés pour d'autres raisons.

| <i>Prévention</i> |    |
|-------------------|----|
| inoculation       | 35 |
| vaccination       | 3  |
| total             | 38 |

| <i>Maladies affectant la cage thoracique</i> |    |
|----------------------------------------------|----|
| mal au sein                                  | 19 |
| phtisie                                      | 5  |
| pleurésie                                    | 3  |
| affection de poitrine                        | 2  |
| fluxion de poitrine                          | 2  |
| oppression                                   | 2  |
| hydropisie de poitrine                       | 1  |
| plaie à la poitrine                          | 1  |
| total                                        | 35 |

| <i>Maladies internes du bas ventre</i> |    |
|----------------------------------------|----|
| incontinence                           | 10 |
| dissenterie                            | 7  |
| flux de sang                           | 3  |
| ver solitaire                          | 3  |
| maladie d'estomac                      | 3  |
| mal au ventre                          | 2  |
| diarrhée                               | 1  |
| plaie au rein                          | 1  |
| jaunisse                               | 1  |
| gravelle                               | 1  |
| fistule anale                          | 1  |
| ulcère à l'estomac                     | 1  |
| total                                  | 34 |

| <i>Mauvais état général</i> |    |
|-----------------------------|----|
| malade de fatigue           | 8  |
| malade de misère            | 7  |
| examen de santé             | 5  |
| malade de vieillesse        | 4  |
| langueur                    | 3  |
| étysie                      | 3  |
| faiblesse                   | 2  |
| incommodé                   | 2  |
| malaise                     | 1  |
| cachexie                    | 1  |
| convalescence               | 1  |
| total                       | 37 |

Total de tous les diagnostics: 4107<sup>96</sup>

a) *Un centre d'hygiène pour les maladies de la peau*

Avec 1034 diagnostics relatifs à des maladies de la peau, ces affections sont nettement majoritaires parmi les pathologies recensées dans les

<sup>96</sup> Quelques diagnostics demeurent non identifiés ou inclassables: douleurs (8), effort (1), rupture (1), ivresse (1), maladie du dorage (3). Il est à relever qu'en tout 416 personnes sont hospitalisées en raison de la douleur.

registres d'entrées et de sorties. Ces maladies font d'ailleurs l'objet de plusieurs publications à l'époque, indice du poids que certains médecins leur accordent; ils soulignent notamment l'importance de l'hygiène à leur égard: «Les maladies qui en sont l'objet sont précisément celles qui sont le moins répandues dans les premières classes de la société. C'est dans le peuple, dans les hôpitaux, dans les tristes réduits de la misère, qu'il faut les aller observer»<sup>97</sup>. L'origine sociale de ces pathologies est donc relevée par les auteurs, renforcée de surcroît par le rôle fondamental de la peau:

«Quand on considère l'étendue des fonctions de la peau, qui est tout-à-la fois l'organe du toucher, et qui par les divers élémens dont elle est composée, a les rapports les plus intimes avec toute l'économie animale, on ne peut ni s'étonner du grand nombre de maladies dont elle est le siège, ni méconnoître l'importance de ces recherches»<sup>98</sup>.

D'ailleurs les causes évoquées par ces médecins expliquent la raison pour laquelle ces pathologies atteignent surtout les milieux défavorisés. C'est ainsi que sont incriminés, entre autres facteurs, le manque d'aliments, le froid et l'humidité, mais aussi la chaleur et la sécheresse, les travaux pénibles, la malpropreté, la contagion, toutes conditions dans lesquelles le petit peuple vit quotidiennement. Sont exclus de cette liste l'inceste, les affections de l'âme, les dispositions héréditaires qui peuvent atteindre n'importe quelle classe sociale<sup>99</sup>. Les résultats obtenus à Genève sont en parfaite adéquation avec les théories médicales de l'époque, et c'est plus précisément la gale qui amène le plus de malades à l'Hôpital, avec 714 cas, parmi lesquels François Deleiderrier. Celui-ci demande, en effet, une carte d'admission au directeur de son quartier; ce dernier exigeant une attestation du chirurgien, Deleiderrier est venu à l'Hôpital, pour être «visité» par le chirurgien<sup>100</sup> qui détecte la gale, doublée d'un mal de jambe; ce constat détermine la direction à accepter le consultant, qui devra sortir «dès qu'il sera guéri»<sup>101</sup>. Cette pathologie, qui se manifeste par une forte démangeaison entre les doigts d'abord, puis par des boutons qui deviennent de petits ulcères<sup>102</sup>, est une affection que l'on retrouve chaque année ou presque, avec une moyenne de deux à cinq cas, jusqu'en 1788. A partir de cette époque, l'Hôpital en accueille au moins dix par année et le nombre de galeux peut monter jusqu'à 30, notamment en 1796, tandis que

<sup>97</sup> ALIBERT 1812, p. 354.

<sup>98</sup> ALIBERT 1812, p. 368.

<sup>99</sup> ALIBERT 1812, pp. 370-372.

<sup>100</sup> Cette mention laisse supposer que l'Hôpital fonctionne aussi de manière ambulatoire.

<sup>101</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 369, 1.5.1796.

<sup>102</sup> ODIER 1811, p. 380; voir aussi TISSOT 1770, t. II, pp. 29 à 34.

dès 1810, entre 20 et 30 galeux entrent chaque année dans l'institution. En 1820, un rapport confirme ces chiffres, et affirme qu'une trentaine de personnes souffrant de la gale sont hospitalisées durant l'année, avec une durée de séjour de 20 jours et demi<sup>103</sup>. A cette époque, elle est reconnue comme étant toujours produite par la contagion, et l'hospitalisation de ces patients permet d'enrayer la contamination presque inévitable dans des logements trop exigus<sup>104</sup>, ceci d'autant plus que des efforts d'hygiène dans l'institution sont entrepris par la direction, avec notamment depuis plusieurs années la volonté réalisée de n'avoir qu'un malade par lit<sup>105</sup>.

La fausse rache<sup>106</sup>, autre maladie de la peau, est également bien représentée, mais constitue un cas particulier. En effet, les malades atteints de cette maladie, le plus souvent des enfants, entrent à l'Hôpital, mais n'y restent que provisoirement; ils sont ensuite envoyés chez une sorte de thérapeute «spécialisé dans cette pathologie». Il s'agit de Claude Moynier, chantre<sup>107</sup> et maître d'école à Chêne, qui a soigné chez lui bon nombre de malades atteints de cette affection, au moyen d'un remède «infaillible», dit-il<sup>108</sup>. C'est ainsi que Françoise Orelet entre d'abord à l'Hôpital à cause de la gale, puis, atteinte de la fausse rache, part dix jours plus tard chez Claude Moynier, auprès duquel elle reste les six semaines que dure le traitement contre cette affection<sup>109</sup>.

Le nombre des fausses raches est relativement constant au cours de la période étudiée, et varie entre deux et cinq par années, (parfois zéro), sauf en 1755 qui en voit arriver quinze, dont dix pendant le mois de janvier. Aucun commentaire n'accompagne cette arrivée massive, qui a certainement dû provoquer quelque embarras soit pour l'Hôpital soit pour Moynier.

En revanche, quelques années plus tard, les directeurs se plaignent de l'impuissance de la médecine à l'égard de plusieurs malades hospitalisés pour cette affection. Le chirurgien affirme que les patients doivent rester au moins deux mois pour être guéris et que l'Hôpital n'est pas le bon endroit pour eux, car ils «embarrassent» la chambre des malades; il leur faudrait donc un local séparé afin d'éviter toute contagion. C'est alors que les directeurs décident de continuer de les confier aux bons soins de

<sup>103</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 4, p. 259, 21.2.1820.

<sup>104</sup> ODIER 1811, p. 380, qui relève l'importance de la contagion mais ne mentionne pas l'Hôpital.

<sup>105</sup> Voir chapitre n° 3.

<sup>106</sup> Je n'ai pas trouvé de définition pour le terme de fausse rache, ni dans les manuels de médecine pratique, ni dans les dictionnaires médicaux; il s'agit d'une maladie qui s'apparente aux dartres ou à la rache, avec pour principales manifestations des croûtes sur le crâne des enfants.

<sup>107</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 12, p. 176, 4.3.1756.

<sup>108</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 465, 19.1.1755.

<sup>109</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, pp. 336 et 344, 16.5. et 12.7.1764.

Moynier<sup>110</sup>. Ce soignant poursuit le traitement de ces patients jusqu'en 1764, date à laquelle il décide de repartir dans le Languedoc, son pays natal; les directeurs voudraient alors lui racheter son remède secret et suite à quelques négociations, il consent à le vendre contre 500 livres et la prise en charge par l'institution du bâtard de son fils<sup>111</sup>. Son remède est transmis au gouverneur des malades, Abraham Haas, qui s'occupe désormais à l'Hôpital des différentes manipulations que nécessite le traitement<sup>112</sup>. On apprend par la même occasion que cette thérapeutique parvient à guérir un malade sur quatre. En 1803, suite au départ d'Haas, un autre infirmier, du nom de Bovet, devrait appliquer ce remède secret; mais malheureusement, il n'arrive pas à «opérer ladite guérison», ce qui occasionne des frais supplémentaires, puisque l'institution doit continuer à payer Haas pour son savoir-faire<sup>113</sup>, savoir-faire nécessaire si l'on en croit la marche à suivre:

«Pour chaque malade, prenés environ trois livres de poix du Valais, faites la fondre dans un pot de fer ou de terre, ajoutés-y deux ou trois cueillerées de miel, mêlés bien le tout, ayés de la grosse toille neuve, coupés en des bandes, et étendus l'onguent tout chaud sur la ditte toille. Coupés les cheveux du malade avec des ciseaux, pas tout ras, mettés ensuite ces bandes sur la tête, ou sur les autres parties où il y aura du mal, l'onguent un peu chaud, de maniere qu'il puisse s'attacher. Après quoi, mettés par dessus une feuille de papier ordinaire, écrit ou non, et puis le bonnet, la barrette ou coëffe. Laissés l'emplatre huit jours au moins, quand il y resteroit neuf à dix jours, et même plus, cela ne fait rien, surtout quand il ne fait pas chaud. Ensuite on ôte l'emplatre ou calotte peu à peu, soit avec les mains, ou avec des pinces de cordonnier quand il tient bien; souvent l'emplatre emporte tous les cheveux ou du moins une bonne partie, et s'il en reste, il faut les arracher tant qu'on peut. Et ensuite, laver la tête ou la playe avec de l'urine un peu chaude, c'est-à-dire telle qu'elle est en sortant du corps, ou à défaut en la mettant un peu sur le feu; après quoi on y mettra d'autres emplatres jusqu'à l'entiere guerison. Il y en a que quatre ou cinq les guerissent, à d'autres il en faut jusqu'à sept. S'il n'étoit pas possible d'arracher tous les cheveux au premier emplatre, il faudroit au moins les arracher au second; c'est un avantage pour le malade de se les laisser arracher le plus tôt possible, parce qu'aux emplatres suivans il n'y a plus de douleur; ce n'est que les cheveux qui l'occasionnent, car pour le remede il ne donne aucune douleur».

Suivent encore des consignes pour les saignées et les purges à effectuer pendant ou après le traitement<sup>114</sup>.

<sup>110</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 432 et 433, 2 et 6.5.1759.

<sup>111</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 450, 457, 460, 461, 19.8, 16, 23, 26.9.1764.

<sup>112</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 492, 9.1.1765.

<sup>113</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 16, 15.11.1803.

<sup>114</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 460-461, 26.9.1764.



Le cas de la fausse rache est très intéressant, car il nous révèle que l'institution hospitalière joue un rôle médical face à cette pathologie en marge du corps médical traditionnel; en effet, on s'adresse à l'Hôpital pour se faire guérir de la fausse rache, alors que cette maladie échappe complètement au chirurgien. Elle est d'abord prise en charge par un régent – ou un instituteur – spécialisé dans ce traitement, puis, à son départ, la thérapeutique est administrée par un gouverneur de chambre.

*b) Un centre « d'urgences » pour les blessés et certains malades*

Ce terme, bien qu'anachronique, permet d'illustrer l'intérêt particulier accordé aux blessés par rapport aux autres malades, intérêt notamment dévoilé par le procédé d'admission. En effet, en règle générale, tous les patients doivent demander une carte d'entrée auprès de l'un des directeurs de l'institution, afin d'obtenir l'autorisation d'être hospitalisé, excepté certains blessés. Cette décision a été prise en 1746, année au cours de laquelle l'hospitalier, gérant de la Maison, reçut l'ordre de recevoir quiconque serait atteint d'une fracture de la jambe ou du bras, ceci même sans l'aval d'un directeur<sup>115</sup>. Quelques années plus tard, cette volonté est élargie à tout individu atteint d'une affection ayant un caractère d'urgence; en témoigne le rapport de 1789 rédigé par Abraham Joly, qui stipule que les portiers et les infirmiers doivent accepter tous les accidentés<sup>116</sup>. C'est ainsi que Françoise Deredis (?), âgée de 11 ans, originaire de Fillinges, est renversée par un chariot près de la porte de Rive; elle est aussitôt amenée à l'Hôpital, où elle reste une quinzaine de jours, puis « remise à Michée, vendeuse de cendre », qui promet de la « rendre dans son lieu »<sup>117</sup>. L'Hôpital semble avoir été la destination normale aux yeux des témoins de l'accident, en pareille circonstance. Il en est de même pour la femme de Jean-Jaque Desange, manœuvre et coupeur de bois, qui s'est jetée dans l'Arve « par mélancolie » et qui est amenée à l'Hôpital; les directeurs l'admettent jusqu'à sa guérison, malgré le fait que son mari, non Genevois, n'ait pas les moyens de payer<sup>118</sup>. Dans certains cas, plus que la blessure, c'est le caractère d'urgence et de nécessité qui prévaut sur tout autre critère; c'est ainsi qu'une femme demande du secours pour Rose Bousquet,

<sup>115</sup> AEG, Arch. hosp. Ad 6, 13.2.1746.

<sup>116</sup> AEG, Archives privées 128, env. 70.

<sup>117</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 23.6.1761.

<sup>118</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 317, 8.6.1763.

veuve de Greffi, originaire de Bussigny près de Lausanne; cette veuve a été empêchée de rentrer dans sa commune d'origine en raison d'un mal de jambe, qui détermine les directeurs à l'admettre bien qu'elle soit étrangère; il est précisé qu'il en est toujours ainsi pour un passant malade<sup>119</sup>.

Sur les 641 blessés hospitalisés durant la période étudiée, 567 n'ont aucune précision sur la nature de leurs blessures, et seules 30 fractures sont enregistrées; il est donc difficile de savoir si ce procédé a favorisé ou non l'hospitalisation des fractures. Toutefois, la blessure représente le deuxième motif connu d'hospitalisation, avec 15% d'entrées. Ce chiffre est relativement proche de celui de l'Infirmierie Royale d'Edimbourg, qui admet 17,4% de blessés dans sa salle chirurgicale<sup>120</sup>; mais contrairement à l'établissement écossais, les blessés genevois n'ont une chambre particulière qu'à partir de 1816, contenant 18 lits<sup>121</sup>. Les mesures d'exception pour les urgences ne sont pas non plus une caractéristique genevoise, puisqu'on la retrouve dans les hôpitaux anglais, et plus particulièrement londoniens, pour lesquels, en temps normal, une recommandation des souscripteurs est obligatoire, mais qui prévoient aussi des exceptions en cas d'accidents nécessitant de prompts secours<sup>122</sup>.

Néanmoins, un regard plus approfondi nous oblige à relativiser l'importance de ces décisions exceptionnelles, puisque seuls cinq blessés sur 167 entrées sont admis en 1761, 8 sur 255 admissions en 1792, et 13 sur 244 en 1817, avec une nette majorité d'hommes. Par ailleurs, le nombre de blessés est probablement plus proche de la réalité que celui des autres diagnostics, car les blessures sont beaucoup plus facilement identifiables, donc notées avec plus de régularité. De fait, la lecture des comptes ou des inventaires ne révèle aucun matériel particulier pour le soin des blessés, excepté des emplâtres ou des onguents, que l'on peut aussi bien appliquer au domicile du malade. Là encore, si les archives le permettaient, on pourrait probablement constater que la situation familiale encourage l'hospitalisation, qui a le mérite de favoriser l'immobilité nécessaire dans la plupart des cas de blessures.

Il semble donc que les décisions directoriales anticipent sur les moyens thérapeutiques que peut offrir l'institution à leur égard.

<sup>119</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 390, 10.11.1790.

<sup>120</sup> RISSE 1986, p. 89.

<sup>121</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, pp. 420-421, 13.5.1816.

<sup>122</sup> FLAJANI 1811, p. 68.

c) *Un abri pour les aliénés*

Les 535 aliénés qui se sont succédé dans les murs de l'Hôpital au cours des septante ans étudiés forment une catégorie à part au sein de l'institution, symbolisée d'abord par la mise à l'écart géographique de certains d'entre eux. En effet, ils sont généralement logés dans la Discipline, bâtiment séparé par une cour du corps principal de l'Hôpital, et dans lequel un étage complet leur est réservé, appelé «l'appartement des alienez».

A différents égards toutefois, les aliénés ne forment pas un groupe de malades homogène; en effet, les motifs d'hospitalisation peuvent être de nature différente, de même que leurs conditions de vie à l'intérieur des murs.

En premier lieu, certains aliénés sont hospitalisés non pas pour des motifs de protection de la famille ou de la société, ni forcément pour des raisons sociales, mais dans l'espoir d'une réussite thérapeutique. Aux yeux de Jaques Baud, l'Hôpital offre un réel secours médical pour son fils de 23 ans, tombé en démence et «dans l'imbécillité»; il demande aux directeurs de l'accepter, dans l'espoir «qu'étant sous la main des médecins», on trouverait un moyen de le guérir<sup>123</sup>. Et pourtant, les attitudes thérapeutiques sont relativement restreintes vis-à-vis de ces patients, et relèvent essentiellement de la médecine classique; ils consistent en saignées, en bains ou en purgatifs<sup>124</sup>, traitements administrés tantôt par des médecins, tantôt par des chirurgiens. C'est en effet le chirurgien de l'Hôpital, François Cabanis, qui est envoyé auprès d'Etienne Lechet, dont les frères se plaignent «qu'elle est depuis quelques jours si fort dérangée dans son esprit et par là si incommode». Après l'avoir examinée très attentivement, «tant dans ses propos que dans ses actions, il croit devoir décider qu'elle est affectée d'un commencement de manie», et propose donc de la recevoir<sup>125</sup>. La veuve d'Abraham Baute, quant à elle, a l'esprit aliéné suite au décès subit de son mari; son frère l'a donc envoyée quelques semaines chez le chirurgien de Genthod, dans l'espoir que son état s'améliorerait; mais son mal empire et elle entre alors à l'Hôpital<sup>126</sup>. Médecins ou chirurgiens, partout en Europe, l'aliénation mentale occupe de plus en plus le monde médical, et Genève n'échappe pas à la règle. C'est pourquoi, après une tentative avortée en 1803, l'institution engage en la personne d'Antonin Aubert, en 1808, un médecin spécialement

<sup>123</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 121, 12.5.1751.

<sup>124</sup> Sur les aliénés en général à Genève, voir BARRAS 1989a, pp. 999 à 1004.

<sup>125</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 567, 5.7.1756.

<sup>126</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 113, 7.4.1773.

affecté à ce type de maladies<sup>127</sup>; son successeur n'est autre que Gaspard De la Rive, particulièrement intéressé à la question de l'aliénation. C'est notamment grâce à ses écrits que l'on peut mieux comprendre l'efficacité d'un hôpital face aux aliénés. En effet, selon lui, il est nécessaire de les sortir de leur contexte familial, dont l'attention et l'inquiétude renforce la maladie de même que la complaisance avec laquelle on leur obéit. Par conséquent, s'ils se trouvent dans un milieu qui leur est étranger, leurs caprices diminuent, ils perdent leurs habitudes et leurs repères, ce qui provoque une déstabilisation sensée les mener à réfléchir<sup>128</sup>. Sa vision est renforcée par d'autres aliénistes, notamment Joseph Cox, qui affirme: «il est démontré par l'expérience que plus on peut rompre promptement et complètement les habitudes des malades, et plus ils ont de chance de se guérir», et ajoute que les aliénés ont continuellement besoin de distraction; la solitude leur est nuisible et

«loin de se trouver mal du rassemblement d'un grand nombre de personnes affligées du même genre de maladie qu'eux, avec lesquelles ils se trouvent perpétuellement en contact, ce frottement continu de marottes, très différentes les unes des autres, contribue à faire cesser plus promptement les illusions qui les produisent»<sup>129</sup>.

Cette conception montre donc que plus que les soins ou les soignants, c'est la rupture de l'isolement qui importe en matière thérapeutique.

D'autres, en revanche, font appel à l'institution, en raison de leur désarroi face à un membre de la famille, dont plus personne ne sait que faire. C'est le cas de la femme de Jean Voan, âgée de 35 ans, dont l'esprit est dérangé depuis six mois; sa folie n'est pas considérée comme dangereuse, mais comme incommode pour le reste de la famille puisqu'elle est dans l'incapacité, selon son mari, de prendre soin de son ménage et de leurs trois enfants. C'est la raison pour laquelle la direction accepte donc de la recevoir<sup>130</sup>, de même que Judith Dubois «aliénée d'esprit depuis longtemps» et que son mari voudrait faire hospitaliser. A cette occasion, la direction avertit l'époux que la thérapeutique a peu de chance de succès et pourrait même représenter un danger pour sa femme; mais le mari s'obstine et les directeurs accueillent Judith Dubois pour le soulager<sup>131</sup>.

La caractéristique liée au danger est également une raison évidente d'hospitalisation, comme en témoigne le parcours de Paul De Crue, placé dans

<sup>127</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, pp. 209 et 210, 19 et 26.4.1808. Voir chapitre n° 4.

<sup>128</sup> DE LA RIVE 1798, pp. 300 à 320.

<sup>129</sup> COX 1804, p. 146.

<sup>130</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 191 et 201, 29.12.1751 et le 16.1.1752.

<sup>131</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 414 et 416, 27.3 et 7.4.1754.

l'appartement des aliénés en raison de sa violence; dix jours plus tard, sa mère demande qu'il soit gardé plus longtemps, parce qu'elle le craint. Les directeurs acceptent, mais comme il est majeur, ils doivent en demander l'autorisation au Petit Conseil<sup>132</sup>. André Deserve, bourgeois, orfèvre, est quant à lui enfermé par ordre du Magnifique Conseil pour quelques écarts causés par un dérangement d'esprit<sup>133</sup>. D'autres encore ne sont pas forcément dangereux pour leurs contemporains mais pour eux-mêmes, comme Marie Favre, qui «*etoit renfermée depuis cinq mois dans la maison des aliénés pour cause de demence, qu'elle avoit attenté plusieurs fois à sa vie*»; la mesure n'est pas suffisante puisqu'elle finit par se suicider<sup>134</sup>.

A ce propos, ce n'est pas toujours, et de loin, la même instance qui décide d'une entrée à l'Hôpital en cas d'aliénation. C'est parfois la direction qui procède à l'admission, comme c'est le cas pour les autres malades en général, mais cela peut être aussi l'hospitalier, et surtout l'un des syndics; l'admission préconisée par ces derniers suppose une hospitalisation non pas parce qu'elle serait bénéfique pour le malade, mais plutôt par mesure de protection de la société. Jusqu'au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, la direction semble aussi jouir d'une compétence en matière d'enfermement<sup>135</sup>, qui devient toutefois une prérogative du gouvernement, comme en témoigne ce passage des délibérations des directeurs en 1792: «*On ne s'est jamais permis d'enfermer personne sans ordre du magnifique Conseil*»<sup>136</sup>. Un rapport de 1807 évoque la réalisation de ce transfert de compétence: «*On prend grand soin de vous demander une autorisation pour chaque admission, car il faut peut-être le soumettre à une clôture, ce qui suppose le besoin d'une autorité que nous n'avons plus*»<sup>137</sup>; cette affirmation est soulignée à nouveau en 1813: «*Les insensés ne sont reçus que sur interdiction judiciairement prononcée ou autorisation de la Mairie*»<sup>138</sup>. Mais ce n'est qu'en 1829, qu'«*un règlement provisoire sur l'admission dans la maison des aliénés*» est adopté par le Conseil d'Etat; il comble ainsi le vide législatif, dont l'effet commence à se faire sentir<sup>139</sup>.

Les conditions d'hospitalisation diffèrent également en raison de la gravité de la maladie. Relevons d'emblée que de manière générale, dès la

<sup>132</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, pp. 67 et 69, 1 et 11.6.1766.

<sup>133</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 12, p. 147, 25.2.1755.

<sup>134</sup> AEG, P. C. 1ère série, 11735, 18.6.1768, aimablement indiqué par Michel Porret.

<sup>135</sup> CAHIER-BUCCELLI 1979, p. 16.

<sup>136</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 69, 12.9.1792. Sur ce sujet, voir BARRAS 1989b, qui non seulement éclaire le concept d'interdiction, mais brosse un tableau évocateur des aliénés genevois et de leur prise en charge.

<sup>137</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, p. 21, 1.5.1807, rapport rédigé en faveur du maire.

<sup>138</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 6, rapport sur les aliénés du 19.10.1813, rédigé en faveur du préfet.

<sup>139</sup> LEURIDAN 1994, p. 36.



fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, au cas où elle l'aurait été auparavant, la brutalité n'est plus préconisée à l'égard des aliénés. En effet, les responsables de l'institution, et plus particulièrement l'hospitalier Abraham Joly, ne se leurrent pas sur les résultats thérapeutiques de l'enfermement des aliénés; voici ce qu'il en dit:

« Nous avons remarqué que la contrainte, l'espèce[sic] d'incarcération et tous les moyens plus ou moins rigoureux qu'on est obligé d'employer pour contenir ou pour guerir les aliénés ne font qu'exasperer leurs maux et les rendre souvent incurables là où des moyens de douceur et des efforts pour gagner leur confiance auroient amené une guérison, ou plus prompte, ou plus sûre... »<sup>140</sup>.

Ce passage est extrêmement intéressant, et s'inscrit parfaitement dans les principes élaborés par Philippe Pinel lors d'un discours prononcé en 1794 devant le gouvernement français, qui dit en substance que les chaînes sont parfois inévitables, mais qu'enfermer certains aliénés sous prétexte de maintenir l'ordre ne fait que provoquer rébellion et violence, et rendre leur maladie incurable<sup>141</sup>. En 1791, le philosophe Joseph Daquin s'est exprimé dans le même sens, quand il affirme que l'« on réussit infiniment mieux et plus sûrement auprès des malades qui en sont atteints [de la folie] par la patience, par beaucoup de douceur, par une prudence éclairée[...] par de bonnes raisons et par des propos consolants... »<sup>142</sup>. On peut donc noter qu'Abraham Joly partage cette optique, et que dans cette perspective, l'Hôpital genevois est relativement précoce<sup>143</sup>. Cet état d'esprit est repris quelques années plus tard par Gaspard De la Rive qui écrit que « l'expérience a montré qu'un système de douceur étoit le moyen le plus sûr de rétablir la raison des malades »<sup>144</sup>, même si selon lui, le gilet de force et l'emprisonnement se justifient pendant les accès de fureur, contrairement aux moyens de terreur qui sont inadmissibles.

Néanmoins, pour certains malades, même l'enfermement ne suffit pas aux yeux des directeurs, qui prennent la décision de les mettre au fer; c'est ce qui arrive à Jean-Pierre Paquet, enfermé, devenu si furieux que le portier de la Discipline ne peut plus en faire façon; on lui fixe donc des fers aux mains et aux pieds « afin de réprimer ses violences »<sup>145</sup>. La fille Spiellman

<sup>140</sup> AEG, Archives privées 128, Papiers Joly, enveloppe 70.

<sup>141</sup> Voir WEINER 1992. J'ai transmis la transcription des propos de Joly à Dora Weiner, qui s'étonna de la précocité des vues de Joly concernant l'enfermement.

<sup>142</sup> Cité par MOREL et QUÉTEL 1985, p. 165.

<sup>143</sup> Il faut relever que Philippe Pinel est considéré comme l'un des fondateurs de la psychiatrie moderne; sur ce sujet, voir notamment SHRYOCK 1956, pp. 226-228; WEINER 1992; sur la naissance de la psychiatrie, voir SWAIN 1977.

<sup>144</sup> DE LA RIVE 1798, pp. 300 à 320.

<sup>145</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 219, 5.2.1758.

connaît des déboires de la même sévérité, soixante ans plus tard; prévenue d'incendie, elle est acquittée pour cause de démence; les directeurs acceptent de la recevoir, et de prendre toutes les mesures nécessaires pour que «la réclusion de cette femme dangereuse soit des plus sévères»<sup>146</sup>. D'autres en revanche peuvent se promener librement au sein de l'institution, notamment à partir de 1778, année au cours de laquelle le syndic responsable de l'Hôpital, tandis qu'il constate que certains aliénés ne sont «qu'à moitié dérangés», se demande si l'on ne pourrait pas les laisser se promener; l'accès à la cour de la Discipline leur est alors accordé, sous l'œil d'un surveillant<sup>147</sup>. Aux yeux des directeurs du début du XIX<sup>e</sup> siècle, cette liberté peut favoriser la réinsertion du malade dans la société; on commence par le remettre en contact avec les autres aliénés pendant la journée, au sein de l'étage qui leur est dévolu; on lui autorise ensuite une promenade dans la cour; et si, à cette occasion, le patient inspire confiance, il est libre de déambuler dans la Maison, puis dans la ville<sup>148</sup>. Le cas d'Abraham Saussine «plutôt imbecille qu'un mauvais fou», résume assez bien la situation: natif de 61 ans, il est depuis 18 ans à l'Hôpital en raison de son aliénation. Les six derniers mois de son séjour, il est transféré à la Discipline, après avoir tenté de se suicider avec un pistolet, lors d'un passage chez son frère;

«car quoi qu'il fut à l'Hopital comme aliené, il sortoit cependant et il est même sorti pendant une partie du tems qu'il a passé à la maison de force... hyer encore, il sortit, il alla chez son frere, il rentra comme à son ordinaire, soupa bien, rentra dans sa chambre qu'il occupoit seul, et s'y enferma interieurement comme il avoit accoutume»<sup>149</sup>.

Cet exemple montre bien la perméabilité de la frontière entre la ville et l'institution, et de ce fait, la relativité de l'enfermement. Néanmoins, un rapport de 1820 révèle que sur les 33 aliénés présents lors de sa rédaction, 22 sont enfermés, 11 peuvent se promener, parmi lesquels certains bénéficient du droit de sortir de l'établissement<sup>150</sup>; il est précisé que sauf exception, tous resteront probablement hospitalisés jusqu'à leur mort.

Le monde des aliénés reste encore à explorer, et mérite à lui seul une thèse. Toutefois, ces quelques lignes permettent certains constats. D'une part, l'Hôpital représente bien pour eux un abri, destiné peut-être à les soigner, souvent à les protéger d'eux-mêmes, avec plus ou moins de réussite d'ailleurs, ou encore à relayer la famille en plein désarroi, et finalement à

<sup>146</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 259, 21.6.1814.

<sup>147</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 77 et 78, 26.4 et 3.5.1778.

<sup>148</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, p. 21, 1.5.1807, rapport rédigé en faveur du maire.

<sup>149</sup> AEG, P.C. 1<sup>ère</sup> série, 15680, 8-10.4.1789, aimablement indiqué par Michel Porret.

<sup>150</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 4, p. 259, 21.2.1820.

protéger la société d'un danger potentiel. Par ailleurs, l'enfermement de ces malades est à considérer avec nuance et les témoignages apportés par les procès criminels laissent entrevoir que leur lecture est complémentaire et nécessaire à la compréhension du quotidien du malade<sup>151</sup>. L'histoire des aliénés montre bien de quelle manière surgit peu à peu l'esquisse d'une spécialisation; en effet, au début de la période étudiée, chirurgiens et médecins se chargent de ces patients, alors que petit à petit, une littérature s'élabore sur le sujet, et amène certains médecins à perfectionner leurs connaissances et à se consacrer essentiellement à ces pathologies, ce qui aboutit, à Genève comme ailleurs du reste<sup>152</sup>, au premier médecin spécialiste de l'institution.

#### *d) Une mise à l'écart des vénériens*

Le mal vénérien constitue une question de santé publique qui préoccupe constamment la direction hospitalière genevoise. En effet, durant la période qui nous intéresse, les maladies vénériennes prennent de plus en plus d'ampleur, même si leur nombre reste très variable selon les années. Entre 1750 et 1760, seules deux à cinq personnes sont hospitalisées pour cette affection; mais 1761 en compte soudainement 22, fait inquiétant aux yeux des directeurs. En effet, et déjà avant cette recrudescence, ils convoquent les médecins et chirurgiens afin de réfléchir sur la méthode la plus sûre et les remèdes les plus efficaces pour guérir les maladies vénériennes « qui règnent depuis quelques temps dans cette ville »<sup>153</sup>. Cette brutale augmentation a pour origine une « tetteuse »<sup>154</sup> contaminée, Françoise Berthoud, qui aurait transmis sa maladie à plusieurs femmes, et à plusieurs enfants nourris par ses soins; à cette occasion, huit enfants sont hospitalisés pour cette raison. Cet épisode est spécialement intéressant, car les directeurs prennent ce prétexte pour avoir plusieurs discussions relatives aux maladies vénériennes. A la suite de cette petite épidémie, ils décident de n'épargner aucun effort pour guérir les personnes contaminées par Françoise Berthoud; ils les incitent à subir un traitement, soit chez eux, soit dans la « Maison »<sup>155</sup>, aux frais de l'Hôpital. Un peu plus

<sup>151</sup> Un dépouillement systématique des archives criminelles reste encore à effectuer.

<sup>152</sup> A Lyon, en 1827, le médecin des aliénés devient « le premier médecin spécialiste par fonction », voir FAURE 1988, p. 382.

<sup>153</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 45, 30.12.1760.

<sup>154</sup> Une tetteuse était une femme qui, lorsqu'une mère ne voulait pas allaiter son enfant, devait remplacer l'enfant en tétant la mère jusqu'à ce que le lait s'assouvisse. Je ne sais pas si la médecine d'aujourd'hui est capable d'expliquer la contagion entre une tetteuse et une autre femme, mais ce mode de contagion ne fait aucun doute pour la direction de l'époque.

<sup>155</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 45, 20.12.1760.

tard, les directeurs remettent en question le traitement effectué à l'aide du mercure, et s'interrogent sur l'efficacité des dragées Keiser, dont on parle beaucoup à Paris. Les chirurgiens de la ville prennent parti pour l'ancienne méthode des « frottages » (frictions mercurielles), tandis que Daniel Guyot, le chirurgien de l'institution, est partisan de la nouvelle médication. On décide alors d'essayer de soigner la moitié des patients au mercure, et l'autre moitié par ces dragées<sup>156</sup>. Près d'une année plus tard, les résultats de cette expérience sont connus et montrent que sur les douze personnes traitées par le mercure, onze ont été guéries, tandis que tous les malades soignés par les dragées se sont rétablis<sup>157</sup>. Cependant, quelques années plus tard, les registres des comptes montrent que des « frateri » des chirurgiens sont encore payés pour leurs « frottages »; les dragées Keiser semblent n'avoir été qu'une source d'espoir, comme beaucoup d'autres, vite rattrapée par la désillusion. Pourtant l'usage de ces dragées est certainement tentant pour la direction, car s'il est vrai que l'efficacité du mercure est communément reconnue, son application s'avère très pénible. En effet, elle consiste à frictionner le corps du malade avec une pommade mercurielle, puis à l'envelopper dans une couverture, et le faire saliver, parfois plusieurs litres; et 24 heures plus tard, il faut recommencer cette opération<sup>158</sup>. Les malades ne supportent pas toujours les contraintes de cette thérapeutique et certains finissent par s'enfuir<sup>159</sup>. A ce propos, il faut relever que durant les années 1760-1770, des thérapeutiques en tous genres sont proposées dans la Feuille d'Avis de Genève, pour lutter contre cette maladie mutilante; en 1774, plusieurs annonces vantent les mérites de sirops, liqueurs, remèdes, et potions de toutes sortes, capables de lutter miraculeusement contre le mal vénérien<sup>160</sup>. Cela illustre bien le désarroi thérapeutique<sup>161</sup> face à cette pathologie non seulement impressionnante, mais aussi porteuse d'une « charge fantasmatique »<sup>162</sup>.

« On voit des malades qui perdent un œil, et souvent les deux, ou une bonne portion des paupières, et les malades demeurent, après être curés, hideux à regarder, ayant les yeux erailés: autres perdent l'ouïe, autres le nez: autres ont le palais troué, avec déperdition d'os (...). Autres demeurent impotents des bras ou jambes, cheminant tout le cours de leur vie à potences. Autres demeurent en

<sup>156</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 53, 18.1.1761.

<sup>157</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 135, 6.12.1761.

<sup>158</sup> LEBRUN 1995, p. 140.

<sup>159</sup> Voir chapitre n° 5.

<sup>160</sup> Voir notamment les numéros 6, 7 et 23.

<sup>161</sup> Désarroi parfois tourné en dérision, voir annexe n° 1.

<sup>162</sup> Selon l'expression de PETER 1989, p. 21.

une contraction de tous leurs membres, de manière qu'il ne leur reste que la parole, qui est le plus souvent en criant et lamentant, maudissant l'heure qu'ils ont été engendrés».

Fantasme ou réalité, cette citation d'Ambroise Paré<sup>163</sup> illustre bien la perception de la maladie à la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, perception certainement persistante, bien qu'estompée proportionnellement à l'atténuation des symptômes qui accompagne ce fléau à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

C'est pourquoi les directeurs continuent à s'inquiéter du nombre de vénériens en ville, tant parmi les pauvres assistés par l'Hôpital que les autres, et proposent de prendre encore un chirurgien *«ad actum»* pour soulager ses collègues<sup>164</sup>. Cette crainte s'exprime de manière répétée, les directeurs étant préoccupés soit par le manque de chirurgiens, soit par le manque de place dans la chambre réservée à ces malades, soit par le manque de personnel soignant, «chacun ayant une repugnance extrême à se charger de telles fonctions»<sup>165</sup>.

Les vénériens posent donc à la direction des problèmes de plusieurs ordres. D'une part, la question de la contagion, liée à celle des mœurs, requiert des soins supposés conduire les malades à la guérison, de manière à éviter toute contamination. A cet égard, les directeurs expriment leur souci relatif à l'évasion d'André Geymet, vaudois, «homme débauché et très corrompu», fuite qui les fait craindre une nouvelle épidémie dans la ville<sup>166</sup>. D'autre part, l'espace géographique représente une autre préoccupation, à mettre en relation avec la mise à l'écart des patients qui souffrent de cette affection; en effet, une chambre est mise à leur disposition à l'entre-sol, puis à la Discipline; il est probable que des questions de moralité, bien que jamais exprimées, soient à l'origine de l'éloignement de la chambre des vénériens. En outre, la thérapeutique, basée essentiellement sur les frottements mercuriels des plaies, fait obstacle à la pudeur; elle nécessite un feu continu dans la salle, dans le but de faire suer le plus possible les malades.

Malgré ces multiples difficultés, 683 personnes sont traitées du mal vénérien entre 1750 et 1819, soit 16,6% des diagnostics connus. Ce chiffre est moins élevé que celui qui est avancé pour l'Infirmierie royale d'Edimbourg, dans laquelle les vénériens forment 27% des entrées en 1770<sup>167</sup>. Guenter B. Risse explique ce résultat par le fait que les vénériens sont les bienvenus car il s'agit d'une maladie que l'on arrive à soigner et grâce à laquelle on peut

<sup>163</sup> Cité par QUÉTEL 1986, p. 75.

<sup>164</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 60, 1.2.1761.

<sup>165</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 390, 12.2.1764; Aa 105, p. 64, 14.5.1766.

<sup>166</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 282, 7.6.1758.

<sup>167</sup> RISSE 1986, p. 125.



montrer les progrès de la thérapeutique. Cette hypothèse tout à fait plausible pour une telle institution, consacrée aux seuls malades et beaucoup plus investie par le corps médical, ne peut être retenue pour l'Hôpital genevois. En effet, les tâtonnements en matière de traitement illustrent le doute de la direction face à la guérison de ces malades, de même que le peu d'intérêt dont font preuve les médecins et les chirurgiens à l'égard de l'établissement<sup>168</sup>. L'hospitalisation répond à une autre logique et permet plutôt de vérifier que le traitement est effectué jusqu'à son terme, pour éviter ainsi une rechute et par conséquent une contamination de l'entourage. C'est d'ailleurs pour cette raison que Pierre Fine, chirurgien en 1800, propose de donner un « verbal » attestant de la guérison du patient ; il suggère en outre de ne plus accepter les récidivistes, pour des questions morales et financières, ni même ceux qui se sont enfuis en cours de traitement<sup>169</sup>. Dans ce cas-là, la morale et la santé publique concourent à l'admission, voire à un contrôle serré des vénériens, pour lesquels la sortie de l'Hôpital devrait d'ailleurs n'être autorisée qu'après la délivrance d'un certificat de guérison<sup>170</sup>. Dans ces circonstances, la mise à l'écart s'apparente à une forme d'enfermement, surtout lorsque l'on sait que le Conseil ordonne, en 1797, qu'aucun vénérien, femme ou homme, ne puisse quitter l'Hôpital sans avoir obtenu un « certificat qui constate son entière guérison »<sup>171</sup>.

La confrontation entre les registres de délibérations et les registres d'entrées et de sorties prouve, si besoin est, qu'ils ne sont pas complets quand il s'agit des pathologies. On pourrait supposer que les maladies de la peau sont toutes recensées puisqu'elles sont facilement reconnaissables et que, par conséquent, les chiffres se rapprochent de la réalité ; or les maladies vénériennes attestent de cette erreur de jugement, puisque les années soixante ne nous informent que de rares entrées, alors que les directeurs s'interrogent à plusieurs reprises sur l'épidémie qui envahit l'institution. Cela s'explique probablement par le fait que suivant le stade de développement de l'affection, la syphilis peut être identifiée plus ou moins facilement, les taches syphilitiques étant plus vite repérées que la migraine due à cette affection<sup>172</sup>. Il est étonnant de constater que le nombre d'entrées recensées dans les décennies suivantes est beaucoup plus élevé, mais que les registres de délibérations ne les mentionnent presque plus. Ayant été très rares au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'apparition des maladies vénériennes a bousculé l'organisation intérieure de l'institution qui,

<sup>168</sup> Voir chapitre n° 4.

<sup>169</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 134, 3.9.1800.

<sup>170</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 448, 22.9.1784.

<sup>171</sup> AEG, R. C. 310, p. 379, 17.7.1797.

<sup>172</sup> Voir SWEDIAUR 1798, t. II, pp. 74 et 87.

peu à peu trouve des solutions aux problèmes qu'elles posent. La crainte, l'étonnement, le désarroi laissent la place à l'habitude et au contrôle de la situation, à la prise de conscience du fait que l'établissement hospitalier peut jouer un rôle central face à ce mal, comme cela a été constaté ailleurs également<sup>173</sup>.

e) *Un refuge pour les filles-mères*

A l'opposé des malades atteints du mal vénérien, les femmes désireuses ou obligées d'accoucher dans la Maison ne sont pas tenues à l'écart; elles sont au contraire placées dans la chambre des femmes malades, en dépit de l'avis de certains; parmi eux, le directeur Horace-B. Perrinet-Des Franches propose en 1765 de séparer des femmes malades celles qui sont sur le point d'accoucher, sans que sa demande aboutisse<sup>174</sup>. Il s'agit là d'une caractéristique genevoise, notamment si l'on se réfère aux institutions anglaises et européennes. En effet, en Grande-Bretagne, plusieurs hôpitaux sont destinés uniquement aux femmes parturientes (fig. 3), parmi lesquels certains n'abritent que des femmes mariées qui vivent de leur travail et n'ont pas les moyens de se faire soigner chez elle, les autres recueillant les filles-mères<sup>175</sup>. Il en est de même à Lyon, dont la maternité de la Charité est réservée aux femmes célibataires, et l'hôtel-Dieu aux femmes mariées<sup>176</sup>. A Göttingen, l'hôpital pour femmes en couches est complètement séparé de l'hôpital général; il contient une salle d'accouchement munie d'un fauteuil particulier destiné à faciliter le travail<sup>177</sup>. Si ces quelques exemples reflètent une ségrégation d'ordre moral, dont on reparlera plus tard, ils illustrent également la tendance générale que connaît la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, tendance relative à l'essor médical dans le domaine des maladies des femmes. C'est en effet à cette époque que le médecin ou le chirurgien accoucheur supplante les matrones et les sages-femmes, et s'approprie peu à peu ainsi ce domaine<sup>178</sup> (fig. 4). Certains hôpitaux, d'ailleurs, comme celui de Soleure, n'hésitent pas à employer un accoucheur dès les années 1750<sup>179</sup>.

<sup>173</sup> FAURE 1988, p. 380.

<sup>174</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 14, 27.11.1765.

<sup>175</sup> FLAJANI 1811, p. 106.

<sup>176</sup> FAURE 1988, p. 392.

<sup>177</sup> FLAJANI 1811, p. 109.

<sup>178</sup> Sur ce sujet, voir GÉLIS, LAGET et MOREL 1978, pp. 85 à 87.

<sup>179</sup> PETER-STAMPFLI 1993, p. 37.



Figure 3: Salle d'un hôpital londonien, réservé aux femmes, au début du XIX<sup>e</sup> siècle.





Figure 4: Le chirurgien-accoucheur empiète peu à peu sur le territoire des sages-femmes.

À Genève, rien de tel, en dépit du fait que certains chirurgiens se soient «spécialisés» dans ce domaine, comme Daniel Guyot<sup>180</sup> ou Jean-Pierre Maunoir. Les femmes enfantent dans la chambre des malades, avec l'aide d'une sage-femme, qui n'apparaît jamais dans les registres de délibérations mais que l'on retrouve occasionnellement dans les livres de comptes. Toutes les femmes sont acceptées dans l'institution, mariées ou célibataires, mais le procédé d'admission est différent. Tandis que les premières suivent la même trajectoire que tous les autres malades, les secondes doivent d'abord obtenir l'aval du Petit Conseil avant d'entrer dans l'institution; il en va de même à Lyon, où une déclaration de grossesse doit être présentée au juge de paix<sup>181</sup>. Cette déclaration effectuée devant le Petit Conseil, alors autorité en matière de condamnation civile, a, entre autres objectifs, le repentir de la femme et parfois même de l'homme, et la survie de l'enfant dans des conditions acceptables. Un travail effectué sur la paillardise révèle que sur 34 femmes, une seule accouche à l'Hôpital, tandis que la moitié d'entre elles se rend dans les villages avoisinants, dans lesquels des familles sont disposées, moyennant finance, à accueillir les femmes sur le point d'accoucher<sup>182</sup>; ceci semble indiquer qu'en matière de refuge, il existe d'autres filières, moins connues mais plus favorables, du moins pour les filles-mères. Il faut toutefois relever que 70% des femmes se dénoncent elles-mêmes à l'autorité en question. Le délai d'entrée avant l'accouchement diffère, puisque les femmes célibataires lyonnaises ne peuvent arriver plus de quinze jours avant le terme<sup>183</sup>, tandis que les Genevoises entrent parfois plusieurs mois avant la date prévue. Jeanne-Marie Chedecre, par exemple, arrive sur la recommandation du pasteur Naville le 25 juillet 1817, accouche le 22 octobre et sort le 29 novembre<sup>184</sup>, tandis qu'une Lyonnaise doit quitter l'institution dans les dix jours après l'accouchement, nuitamment de surcroît, ce qui n'est pas le cas à Genève. Il est néanmoins difficile de trouver un schéma bien clair concernant les femmes en couches prises en charge par l'Hôpital, puisque d'une part les règlements les passent totalement sous silence et que, d'autre part, un regard sur les entrées découvre au moins deux attitudes différentes. Certaines, nous l'avons vu, entrent bien avant le terme, mais d'autres arrivent tout juste à temps: Marianne Cugny, domestique, originaire de Vevey, accouche le jour de son arrivée et repart 14 jours plus tard<sup>185</sup>; Gabrielle

<sup>180</sup> Voir chapitre n° 4.

<sup>181</sup> FAURE 1988, pp. 390-392.

<sup>182</sup> PERRET 1982, plus particulièrement pp. 240-241 et 307-321.

<sup>183</sup> Ce qui devait poser des problèmes concrets, le terme étant très souvent difficile à connaître; voir GÉLIS, LAGET et MOREL 1978, p. 57.

<sup>184</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 17, 25.7.1817.

<sup>185</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 5.12.1792.



Haberiot, de la région de Morges, amenée à deux heures du matin par l'auditeur Bonet, «étant au mal d'enfant», donne naissance à une petite fille à 5 heures du matin<sup>186</sup>.

Ouvert à des femmes célibataires ou mariées, proposant ou imposant des séjours longs ou courts, l'Hôpital s'adapte aux besoins d'une population féminine hétéroclite; il illustre l'image d'un refuge, inévitable pour certaines, ceci d'autant plus qu'il n'offre aucune particularité médicale. De trop rares indications permettent toutefois de comprendre le rôle joué pour certaines femmes par l'Hôpital dans cette situation. Jeanne-Marie Chedecre, déjà mentionnée plus haut, est elle-même une enfant illégitime, recueillie par la Maison, dans laquelle elle revient n'ayant aucun autre refuge; c'est d'ailleurs le quatrième séjour qu'elle y fait, les trois précédents l'ayant abritée dans l'attente d'une place de travail. Marianne Cugny quant à elle, domestique, qui semble avoir pu garder sa place jusqu'à son terme, reste deux semaines, et disparaît on ne sait où, chez ses employeurs, ou plus probablement renvoyée dans sa commune d'origine. Le cas des femmes mariées est nettement plus compliqué à comprendre puisqu'elles semblent rester presque aussi longtemps que les autres. Ainsi Madelaine Petout demeure plus de deux mois<sup>187</sup>, Jeanne Marie Clerc cinq semaines<sup>188</sup>, et Jeanne Ginot, épouse d'un perruquier, passe plus de quatre mois dans l'Hôpital<sup>189</sup>. On peut imaginer que la situation de ces femmes n'est pas adéquate pour qu'elles puissent être accueillies juste après l'accouchement, ou encore que les suites de cet accouchement, en principe déjà longues lors d'une naissance normale<sup>190</sup>, ne se déroulent pas comme prévu.

L'institution procure donc un refuge pour quelques femmes, extrêmement minoritaires si on les replace dans le contexte urbain; en effet, quatre enfants en moyenne par année naissent dans l'Hôpital, tandis que la ville compte entre 600 et 800 naissances par an pendant la période concernée<sup>191</sup>; la maison reste donc le lieu privilégié de la naissance et «l'expérience a démontré que dans la plupart des cas, les secours à domicile réussissent mieux pour les femmes en couche que si on les fait transporter à l'Hospice, car l'accouchée est communément mieux soignée au sein de sa famille»<sup>192</sup>. Le tout est d'avoir une famille, et qu'elle puisse être de quelque secours en pareille occasion.

<sup>186</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 358, 4.11.1764.

<sup>187</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 30.11.1792.

<sup>188</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 26.10.1792.

<sup>189</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 27.6.1792.

<sup>190</sup> GÉLIS, LAGET et MOREL 1978, p. 91.

<sup>191</sup> PERRENOUD 1979, pp. 521-522.

<sup>192</sup> FLAJANI 1811, pp. 113-114.

## Nombre d'accouchements par décennie

|           |     |
|-----------|-----|
| 1750-1759 | 16  |
| 1760-1769 | 18  |
| 1770-1779 | 16  |
| 1780-1789 | 67  |
| 1790-1799 | 138 |
| 1800-1809 | 84  |
| 1810-1819 | 101 |

La très nette augmentation des accouchements à partir des années 1780, notamment dans la décennie 1790-1799, pourrait corroborer ce qui vient d'être dit plus haut. En effet, Genève connaît une période économiquement très difficile, avec le blocus des denrées, suivi par une cherté des prix, avec aussi une crise sans précédent du monde horloger, dont les familles ont bien entendu souffert. Dix femmes en moyenne viennent alors accoucher dans l'institution, une douzaine pour l'année 1792. Jacques Gélis a également mis en évidence la relation existant entre années « critiques » du point de vue économique, et augmentation des accouchements à l'hôtel-Dieu<sup>193</sup>.

On ne peut que mentionner ici la création d'une maternité en 1808, sous l'impulsion du préfet du Département du Léman et de Louis Jurine, ancien chirurgien de l'Hôpital<sup>194</sup>. L'ouverture de cet établissement peut en partie expliquer la diminution des naissances hospitalières enregistrée dans les deux dernières décennies étudiées; toutefois près d'une centaine de femmes viennent encore donner naissance à l'Hôpital, alors qu'une maternité s'est ouverte. Une annonce publiée dans la Feuille d'Avis de Genève, en 1810, pour l'instant seul vestige retrouvé relatif à cette maternité, nous révèle toutefois une différence de taille entre l'Hôpital et cette institution, et qui peut expliquer ce nombre de femmes ayant encore recours à l'Hôpital; il y est en effet écrit que désormais « toute femme sera reçue et traitée gratuitement sous la condition expresse qu'elle se chargera de son enfant »<sup>195</sup>, exigence qui n'est pas requise par la direction hospitalière. La prise en charge des enfants est donc un élément important, une

<sup>193</sup> GÉLIS 1979, p. 199. Pour être plus exacte, Gélis relève que Robin, en temps de crise, doit effectuer plus d'interventions à l'hôtel-Dieu que d'ordinaire, par rapport à sa pratique privée.

<sup>194</sup> AEG, Arch. hosp., Ab 2, pp. 180 et 182, 8 et 22.9.1808. Malheureusement, les archives de cette maternité ont disparu.

<sup>195</sup> Feuille d'Avis de Genève, n° 76, 22.9.1810, p. 547.

probable explication de l'accouchement dans l'établissement, susceptible de réduire la tentation de l'infanticide<sup>196</sup>.

*f) Un ébec pour d'autres maladies?*

La question des fièvres en tous genres est relativement étonnante; en effet, 118 malades fiévreux sont accueillis dans l'Hôpital entre 1750 et 1819, soit le 2,5% des diagnostics connus, chiffre très bas, en comparaison du résultat trouvé à Edimbourg, qui en reçoit entre 8 et 21%<sup>197</sup> et Bristol qui en compte 16,6%<sup>198</sup>. La crainte de la contagion peut expliquer en partie cette si faible proportion, crainte que d'autres institutions ont exprimée<sup>199</sup> et résolue en ouvrant des hôpitaux réservés aux fiévreux. L'Hôpital genevois n'ayant pas cette échappatoire, puisque seul de son genre dans la République, il est tout de même obligé d'accepter ceux qui ne peuvent se faire soigner à domicile. Par ailleurs, il ne semble pas, aux yeux des médecins, particulièrement approprié pour recevoir de tels patients:

«Chacun sait que les secours médicaux sont d'une bien petite utilité pour ces maladies (les fièvres malignes et contagieuses), si une sage police ne concourt pas à empêcher la propagation du mal, soit en séquestrant les malades, soit en entretenant la plus grande propreté dans tous les grans rassemblemens d'hommes, soit en purifiant l'air et les habillemens, par tous les moyens possibles»<sup>200</sup>.

Or il est vrai que dans le domaine de l'hygiène en général, la direction a entrepris des efforts particuliers<sup>201</sup>, peut-être avec la volonté de donner une réponse plus adéquate à ce genre de maladie. Ceci d'autant plus qu'une entrée un peu plus massive de cette classe de maladies est enregistrée entre 1796 et 1803. Mais après cette date, plus aucune fièvre n'est mentionnée, ce qui pose un problème d'interprétation; en effet, dans une remise en question d'ordre géographique qui date de 1816, il est clairement dit qu'une chambre de 15 lits est réservée aux fiévreux, ce qui n'aurait bien sûr pas été nécessaire si aucun de ces malades n'avait été hospitalisé<sup>202</sup>. Cela nous mène directement aux limites imposées par les sources, et plus particulièrement par les registres d'entrées et de sorties

<sup>196</sup> Sur les filles-mères en général, voir GÉLIS 1984, pp. 404 à 413.

<sup>197</sup> FLAJANI 1811, p. 96.

<sup>198</sup> FISSEL 1991, p. 107.

<sup>199</sup> GRANSHAW 1989, p. 48.

<sup>200</sup> FLAJANI 1811, pp. 95-96.

<sup>201</sup> Voir le chapitre n° 2.

<sup>202</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, pp. 420-421, 13.5.1816.

qui ne donnent que le tiers des diagnostics; il est par conséquent très probable que les fièvres aient été beaucoup plus nombreuses qu'il n'y paraît, et que l'Hôpital ait pu offrir une réponse à certains malades de cette catégorie; il en a été ainsi pour Marie Car, 22 ans, servante originaire de la vallée de Joux, qui «se trouve attaquée d'un fièvre putride, et prie qu'on veuille bien la recevoir dans la Maison pour y être guérie», sa cousine acceptant de payer sa pension<sup>203</sup>.

Par ailleurs, si l'on en croit Louis Odier, les fièvres à Genève sont beaucoup moins dangereuses que dans les grandes villes comme Londres (où il a travaillé), et en 1787, seules 27 personnes en sont mortes en ville<sup>204</sup>. Peut-être le climat genevois n'est-il pas propice au développement de cette affection. Il faut encore ajouter que le terme de fièvre est extrêmement flou, et qu'il change selon les endroits; c'est ainsi que les fièvres continues sont appelées fièvres bilieuses à Genève, ce qui ne facilite pas la comparaison<sup>205</sup>.

Les maladies qui affectent la cage thoracique sont encore moins représentées au sein de l'institution; cela s'explique par le fait que les médecins de l'époque s'accordent pour constater que les maladies pulmonaires ne tirent aucun bénéfice de l'Hôpital<sup>206</sup>, malgré leur fréquence, et surtout celle de la phtisie, rencontrée en ville. En effet, cette pathologie effraie déjà, et représente la troisième cause de mortalité si l'on en croit les trois chroniques successives qui lui sont dédiées dans le journal de Genève et l'accent mis par Odier dans les précautions à prendre pour éviter de l'attraper<sup>207</sup>. Il ajoute d'ailleurs que la phtisie est l'une des maladies chroniques les plus répandues, avec la langueur et l'hydropisie<sup>208</sup>; or trois cas de langueur et quinze cas d'hydropisie sont répertoriés dans l'institution qui n'a pas grand-chose à offrir aux malades atteints par ce genre de pathologies.

Les rares personnes hospitalisées en raison d'une phtisie sont probablement envoyées par l'Hôpital à la campagne, à l'instar de Pernette d'Orsière, dont le père est mort de cette maladie, et qui semble souffrir du même mal; elle est donc envoyée au bon air, «pour prendre le lait de chèvre»<sup>209</sup>. Jean de La Sara, également admis pour une phtisie pulmonaire,

<sup>203</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 394, 31.1.1759.

<sup>204</sup> Journal de Genève, n° 8, 23.2.1788.

<sup>205</sup> *Ibid.*

<sup>206</sup> RISSE 1986, p. 146.

<sup>207</sup> Journal de Genève, nos 7, 12, 13, 14, 16.2, 22 et 29.3, 5.4.1788. Il fallait notamment éviter les changements d'air et les boissons spiritueuses, vivre sobrement, préférer les produits végétaux à la viande et au lait, se garder de chant et de déclamation forcée, des plaisirs bruyants, faire de l'exercice doux et profiter du bon air.

<sup>208</sup> Journal de Genève, n° 8, 23.2.1788.

<sup>209</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 347, 19.5.1790.



reste quelques jours dans la Maison, puis s'en va aussi à la campagne, pour revenir ensuite à l'Hôpital<sup>210</sup>. Cependant, les médecins ne semblent pas maîtriser tous les mécanismes de la contagion<sup>211</sup>; certains pensent que la phtisie est contagieuse, tandis que d'autres ne partagent pas cette opinion. Louis Odier, quant à lui, se base sur ses quinze ans de pratique pour penser qu'elle se propage dans certaines circonstances; ses conclusions sont les suivantes: elle ne peut jamais se transmettre d'un mari à sa femme, mais très souvent entre frères et sœurs. Un parent peut contaminer ses enfants, sauf si l'enfant n'a aucune ressemblance de trait ou de tempérament avec ledit parent. Les étrangers sont très rarement contaminés<sup>212</sup>. Cette théorie sur la transmission de la phtisie est probablement partagée par la plupart de ses collègues<sup>213</sup>, ce qui confirmerait que la crainte de la contagion ne constitue pas une raison de se méfier des phtisiques au sein de l'Hôpital.

À différents niveaux et pour divers motifs, l'Hôpital offre une réponse à certaines grandes catégories de malades. Il est notamment approprié pour les individus atteints de maladies de la peau et plus particulièrement pour les galeux et les enfants qui souffrent de la fausse rache; les premiers bénéficient de conditions d'hygiène plus adéquates qu'à leur domicile, les seconds profitent du tour-de-main d'un maître d'école, l'Hôpital n'étant qu'un relais entre ce régent et ses patients. Cette adéquation entre ce genre d'affection et un hôpital n'est pas une caractéristique genevoise; elle se retrouve notamment dans les hôpitaux lyonnais décrits par Olivier Faure, qui insiste sur le rôle joué par les hôpitaux en matière de santé publique et de police sanitaire<sup>214</sup>. L'institution désire également s'imposer en faveur des blessés en leur offrant une sorte de passe-droit pour leur admission, ce qui laisse supposer que quelqu'un, probablement l'hospitaller, est capable de s'occuper du blessé en attendant l'arrivée du médecin ou du chirurgien<sup>215</sup>.

Du simple abri pour les aliénés, l'Hôpital développe petit à petit la médecine des aliénés, suivant en cela l'évolution que connaît ce domaine

<sup>210</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 314, 330 et 361, 24.2 et 31.3, 7.7.1790.

<sup>211</sup> Sur la question des miasmes, des contagés, de la contagion, voir NUTTON 1990, pp. 196 à 234.

<sup>212</sup> Journal de Genève, n° 14, 5.4.1788. Pour la citation exacte voir le chapitre n° 4, le paragraphe concernant la relation médecin-malade.

<sup>213</sup> Comme on le verra dans le chapitre n° 4, les médecins se réunissent régulièrement au sein de sociétés, ce qui leur permet d'échanger leurs connaissances et leur donne probablement une certaine cohérence de pensée.

<sup>214</sup> FAURE 1988, p. 381.

<sup>215</sup> Qui ne travaille pas sur place, ayant également une pratique privée; voir chapitre n° 4.



dans toute l'Europe à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. A ce propos, les directeurs sont non seulement au fait des écrits relatifs à l'aliénation<sup>216</sup>, mais ils acceptent aussi de déléguer ce nouveau terrain à un membre du corps médical, fait unique pour la période concernée. Finalement, il représente, comme bien d'autres institutions, l'ultime recours pour les femmes qui n'ont pas les moyens d'accoucher à domicile, et surtout pour celles qui sont «rejetées presque unanimement» et dont «la grossesse est profondément solitaire»<sup>217</sup>. Elles sont cependant relativement rares à Genève, contrairement au reste de l'Europe, en raison notamment de l'inertie médicale en matière de ce que l'on appellerait aujourd'hui l'obstétrique.

Face à d'autres maladies pour lesquelles l'Hôpital n'a pas de réponse adéquate, il propose plutôt une assistance médicale à domicile. Mais comme nous l'avons vu plus haut, une pathologie seule, même si elle fait partie de celles pour lesquelles l'Hôpital peut fournir une solution, ne suffit pas à l'hospitalisation; elle doit aussi s'allier à une situation économique et sociale.

#### 4. *Un profil social complémentaire aux maladies*

Malheureusement, les sources sont extrêmement lacunaires et ce profil n'en reste que plus grossier; cependant, quelques tendances peuvent tout de même en être dégagées.

##### a) *Le célibat: une nécessité?*

Le célibat, ou plutôt l'absence de famille provoquée par le célibat, mais aussi par l'abandon du conjoint ou par le veuvage, pourrait représenter un des critères essentiels pour saisir l'importance d'un hôpital au sein d'une société. Là encore, les indications sont rares, car les différents secrétaires n'ont pas jugé bon, dans la majorité des cas, de relever l'état-civil du malade. Passant outre ces lacunes, on peut tout de même constater que les malades mariés sont assez nombreux. En effet, en 1761, sur 45 données connues, 11 femmes sont veuves, une est délaissée et 23 malades sont mariés; en 1792, 17 sont veuves, un est célibataire et 23 ont encore leur conjoint, alors qu'en 1817, on retrouve 16 veuves, 1 divorcé, 4 célibataires

<sup>216</sup> Il faut dire dès à présent que les directeurs s'intéressent à plusieurs domaines médicaux; voir chapitre n° 2.

<sup>217</sup> GÉLIS, LAGET et MOREL 1978, p. 66, et p. 92 où les auteurs constatent qu'elles sont de plus en plus nombreuses dans les hôpitaux au XVIII<sup>e</sup> siècle.

et 33 patients mariés. L'isolement familial n'est pas nécessaire pour entrer à l'Hôpital, même s'il est certainement plus important dans la réalité, comme il a été démontré pour d'autres institutions, soit à Edimbourg, soit à Lyon<sup>218</sup>.

Les résultats relatifs aux professions sont plus conformes aux autres études, avec pour chaque année une majorité d'artisans, notamment du bois, mais avec quelques différences selon les années étudiées. En effet, en 1761, ce sont les domestiques et les servantes qui dominent, suivis par les artisans; l'année 1792 voit un nombre anormalement élevé d'horlogers admis dans l'institution, côtoyant toujours les artisans et les domestiques, reflet d'une crise horlogère particulièrement grave<sup>219</sup>. En dépit du fait que cette période difficile pour les horlogers se prolonge sous l'Annexion, ceux-ci sont moins nombreux en 1817, pour laisser la place à un grand nombre de laboureurs; ceux-ci ont probablement souffert directement ou indirectement de la disette de l'hiver 1816-1817, particulièrement ressentie en Savoie<sup>220</sup>; les domestiques sont beaucoup plus rares.

Les domestiques se trouvent souvent en grand nombre dans les différents établissements, pour la bonne raison qu'ils n'ont pas d'habitation; c'est pourquoi, lorsqu'ils tombent malades, ils sont hospitalisés, d'ailleurs assez souvent aux frais de leurs employeurs; à ce propos, il y eut des plaintes contre les donateurs de certains hôpitaux anglais qui, détenteurs de billets d'entrées, s'en servent pour leurs domestiques, alors qu'ils pourraient faire venir le médecin et les garder chez eux<sup>221</sup>. Se débarrasser au plus vite d'un employé malade n'est pas l'apanage des maîtres genevois<sup>222</sup>, qui préfèrent payer, plutôt que donner de leur temps pour prendre soin eux-mêmes de leurs serviteurs; en témoigne le cas de Jean-Louis Giron, jardinier, qui demande l'hospitalisation de Sara de La Combe, «allitée depuis 15 jours», et qui a besoin de la place pour une autre servante<sup>223</sup>.

#### *b) L'homme et la fleur de l'âge*

Comparé aux autres hôpitaux européens, l'âge des malades hospitalisés, caractérisé par leur jeunesse, ne révèle que peu de surprises. En effet,

<sup>218</sup> Voir RISSE 1986, p. 87, qui a des sources aussi lacunaires que nous sur la question, et FAURE et DESSERTINE 1991, p. 55.

<sup>219</sup> Voir MOTTU-WEBER 1990, pp. 495 et suiv.

<sup>220</sup> GUICHONNET 1989, p. 97; WIEDMER 1986, pp. 69 à 83.

<sup>221</sup> GRANSBOW 1989, p. 47.

<sup>222</sup> Les manœuvres, les journaliers et les domestiques représentent un peu plus de 20% de la population des hôpitaux lyonnais, tant en 1866 qu'en 1911, voir FAURE et DESSERTINE 1991, pp.33-34.

<sup>223</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 583, 25.6.1760.

en 1792, 44,2% des patients ont moins de trente ans, tandis qu'en 1817, 38,8% sont dans la même tranche d'âge<sup>224</sup>; le rapport entre les sexes est relativement équilibré en 1792, tandis que les hommes dominent largement cette catégorie d'âge en 1817. Ce pourcentage est toutefois moins élevé qu'au Juliusspital, dont les trois quarts des occupants ont 30 ans ou moins<sup>225</sup>. A Lyon, en 1866, 39,7% des Lyonnais hospitalisés ont entre 15 et 29 ans, alors qu'à Villefranche, ils sont 35,8%<sup>226</sup>; dans l'hôtel-Dieu de Nîmes, 49,4% des hospitalisés ont entre 15 et 35 ans, l'établissement servant ainsi de relais pour jeunes travailleurs itinérants<sup>227</sup>. Genève s'inscrit donc dans une perspective européenne avec, plus précisément, une domination des malades âgés entre 20 et 29 ans.

Tableau relatif à l'âge des malades.

|                | 0-9 ans | 10-19  | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70 et + |
|----------------|---------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 1792<br>femmes | 2,5%    | 6,2%   | 12,3% | 6,2%  | 3,1%  | 3,7%  | 3,1%  | 6,2%    |
| 1792<br>hommes | 1,2%    | 6,8%   | 14,2% | 9,3%  | 7,4%  | 6,8%  | 5,6%  | 5,6%    |
| 1792<br>total  | 4,7%    | 13%    | 26,5% | 16%   | 10,5% | 9,9%  | 8,6%  | 11,7%   |
| 1817<br>femmes | 1,1%    | 6%     | 6%    | 7,1%  | 8,2%  | 3,8%  | 1,6%  | 2,7%    |
| 1817<br>hommes | 1,1%    | 10,4 5 | 13,2% | 9,3%  | 7,1%  | 12,6% | 6,6%  | 2,7%    |
| 1817<br>total  | 2,1%    | 16,5%  | 19,2% | 17%   | 15,3% | 16,4% | 8,2%  | 5,5%    |

Il faut relever toutefois le chiffre assez important des personnes de plus de 70 ans: elles sont 11, 7% en 1792, alors qu'elles ne sont plus que 5,5% en 1817, chiffre assez difficile à interpréter, le rapport des sexes étant relativement égal.

Les enfants sont peu nombreux (4,7% en 1792 et 2,1% en 1817), mais il est intéressant de souligner qu'ils ne sont pas forcément orphelins; c'est ainsi qu'Ami Raymond, âgé de deux ans et dont les parents sont en vie,

<sup>224</sup> L'année 1761 ne donne presque aucune indication sur l'âge des malades.

<sup>225</sup> BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE 1995, p. 93.

<sup>226</sup> FAURE et DESSERTINE 1991, p. 66.

<sup>227</sup> JONES 1989, p. 59.

est admis quatre jours comme malade dans l'Hôpital, puis envoyé à la campagne<sup>228</sup>; cette dernière mention laisse penser que la famille n'est pas en situation de le reprendre en charge. Un autre enfant, dont nous ne connaissons ni le prénom, ni l'âge, entre avec sa mère de 24 ans pour être opéré; son séjour dans l'Hôpital dure un peu plus d'un mois<sup>229</sup>. Le pasteur Sarasin demande l'hospitalisation d'un autre nouveau-né, de «santé suspecte», jusqu'à son rétablissement<sup>230</sup>. Jean-Marc Depierregrosse, autre exemple d'enfant hospitalisé, âgé de 5 ans, souffre d'une hernie «qui le fait souffrir»; son père demande, moyennant finances, qu'il soit admis dans la Maison<sup>231</sup>. François Paste, de 4 ans, est, quant à lui, tombé six semaines auparavant et s'est déboîté la hanche; admis depuis une semaine, il a été vu par Daniel Guyot, le chirurgien, qui décrète qu'il ne peut rien faire, tandis que Baumgartner, autre chirurgien consulté, croit que l'on peut le guérir. Il est alors décidé de «faire faire une consulte par les trois médecins et les deux chirurgiens» de la Maison, qui entreprennent de l'opérer et de l'immobiliser, ce qui permet son rétablissement, tout en le laissant pourtant boiteux pour la vie<sup>232</sup>.

De manière générale, la répartition des sexes est un peu moins homogène dans les hôpitaux européens. C'est ainsi qu'une majorité d'hommes (61%) est hospitalisée dans l'Infirmierie d'Edimbourg<sup>233</sup>, en raison surtout des militaires qui y sont admis, de même que dans les hôpitaux lyonnais<sup>234</sup>.

Tableau relatif à la répartition des hommes et des femmes malades à l'Hôpital.

|           | hommes          | femmes          |
|-----------|-----------------|-----------------|
| 1750-1759 | 662 soit 51,2%  | 630 soit 48,8%  |
| 1760-1769 | 883 soit 46,4%  | 1020 soit 53,6% |
| 1770-1779 | 311 soit 50,4%  | 306 soit 49,6%  |
| 1780-1789 | 655 soit 55,2%  | 532 soit 44,8%  |
| 1790-1799 | 1199 soit 55,2% | 974 soit 44,8%  |
| 1800-1809 | 1435 soit 57,2% | 1074 soit 42,7% |
| 1810-1819 | 1448 soit 55,3% | 1170 soit 44,7% |

<sup>228</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 19.5.1792.

<sup>229</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 17, 15.4.1817.

<sup>230</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 538, 12.5.1765.

<sup>231</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 101, 12.11.1766.

<sup>232</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 301 et 303, 17 et 20.4.1763.

<sup>233</sup> Voir RISSE 1986, p. 86.

<sup>234</sup> FAURE et DESSERTINE 1991, p. 74, dans lequel les auteurs effectuent une recherche beaucoup plus poussée que je ne suis en mesure d'entreprendre.

A Genève, excepté la décennie des années 1760, les hommes sont également majoritairement représentés au sein de la population des malades hospitalisés, alors que les femmes sont plus nombreuses dans la cité; la prédominance du sexe féminin dans les villes est un phénomène général, et s'explique en partie par une mortalité plus haute chez les hommes et par l'apport migratoire des femmes; par ailleurs, l'importance du personnel domestique contribue également à cet état de fait<sup>235</sup>. La rareté des diagnostics interdit de mettre cette observation en rapport avec des maladies particulières, mais on peut cependant imaginer que les blessures jouent un rôle dans cette dominante masculine<sup>236</sup>, comme il a été démontré à Lyon pour 1806<sup>237</sup>. Abraham Joly, l'hospitalier déjà cité plusieurs fois, affirme que les femmes «ont plus de patience de leurs maux», qu'elles supportent donc plus longtemps avant d'aller à l'Hôpital<sup>238</sup>; cela explique que bien qu'elles soient moins nombreuses à l'Hôpital, le taux de mortalité féminine est plus élevé, comme nous le verrons à travers les chiffres relatifs à la mortalité. Par ailleurs, si l'on regarde la répartition des sexes parmi les malades de la ville, il semblerait que les femmes souffrantes sont nettement plus nombreuses, du moins parmi la clientèle de Louis Odier en 1788 et 1789<sup>239</sup>. Et finalement, le fait que l'obstétrique soit si peu développée dans l'établissement genevois peut partiellement expliquer cette répartition.

### c) *Une question de distance*

L'origine des hospitalisés est assez intéressante, dans la mesure où elle indique que pour 1761 et 1817, on trouve une proportion assez élevée de malades venus d'ailleurs<sup>240</sup>. En 1817, les provenances sont très éparpillées, en raison d'une ouverture sur une population plus large, pour laquelle un bureau de bienfaisance est d'accord de payer. En revanche, les deux autres années connaissent une répartition plus homogène, qui permet de constater

<sup>235</sup> PERRENOUD 1979, pp. 71 à 75. Il est étonnant de relever que cette décennie 1760 pose également un problème à Alfred Perrenoud, qui relève aussi une inversion de la répartition des sexes à Genève, affirmant que «cette anomalie portant sur 7979 actes est troublante»; il ajoute que c'est peut-être dû à une défaillance de la tenue des registres de baptêmes. Or justement, à l'Hôpital, les deux secrétaires qui se succèdent pendant cette décennie sont spécialement précis.

<sup>236</sup> En 1761, on compte 3 hommes sur 5 blessés, en 1792, 7 hommes sur 8 blessés et en 1817, 9 hommes sur 13 blessés.

<sup>237</sup> FAURE 1982, p. 66. Ses données sont suffisamment claires pour qu'il puisse établir que les hommes sont majoritaires durant le printemps et l'été et viennent le plus souvent pour des blessures, tandis que les femmes sont plus nombreuses en hiver, et viennent quand elles sont «fiévreuses».

<sup>238</sup> AEG, Archives privées 128, enveloppe 70.

<sup>239</sup> Journal de Genève, n° 29, 25 juillet 1789.

<sup>240</sup> En 1761: 43 malades sur 167, en 1792, 33 sur 255 et en 1817, 81 sur 244.



notamment la présence assez nombreuse de sujets de la République, même s'ils ne sont pas mentionnés comme tels. Ce fait est d'ailleurs souligné dans l'article consacré à Genève, de l'Encyclopédie de Diderot et d'Alembert: «Les hôpitaux ne sont point à Genève, comme ailleurs, une simple retraite pour les pauvres malades et infirmes: on y exerce l'hospitalité envers les pauvres paysans»<sup>241</sup>. Et il est vrai que les règlements prévoient que «nul n'aura droit à une assistance suivie qu'il ne soit citoyen, bourgeois, natif habitant ou sujet de la République»<sup>242</sup>. Il faut encore relever qu'en 1792, sur les 33 provenances connues et étrangères, seize concernent les domestiques. Ces origines non genevoises permettent de voir que l'Hôpital remplace le milieu familial pour cette catégorie d'hospitalisés.

Il en est de même pour ceux qui sont au contraire très proches géographiquement, puisqu'il s'agit des personnes qui ont été élevées par l'institution, et qui ne sont plus forcément des enfants. En effet, entre 6 et 9% des malades hospitalisés appartiennent à cette catégorie, pour laquelle l'Hôpital demeure le seul refuge en cas de maladie. Il est compréhensible que les enfants soient ramenés dans l'établissement en cas de maladie, les familles d'accueil ne voulant probablement pas les soigner; c'est le cas de Jean de la Touche, qui, à l'âge de huit ans a déjà effectué trois séjours pour cause de maladie, le premier qualifié de simplement «malade», le deuxième en raison d'une hernie «menaçante», et le troisième pour une hernie, qui de menaçante est devenue réalité, et pour laquelle il reste cinq jours<sup>243</sup>. Mais plusieurs de ces malades, bien qu'élevés par la Maison, sont nettement plus âgés; c'est ainsi qu'Antoine Veillard a 63 ans, et revient quand même à chaque maladie, puisque lui aussi en est à son troisième séjour en tous cas, deux fois comme malade, et une fois à cause d'un ancien ulcère<sup>244</sup>. Plusieurs se trouvent dans la même situation, avec, il est vrai, pour aucun d'eux la mention d'une famille, ce qui explique peut-être leur retour à l'Hôpital lors de leur maladie<sup>245</sup>.

En conclusion, plusieurs motifs s'allient pour entraîner l'entrée dans l'Hôpital, motifs tant médicaux que sociaux. A cet égard, l'équilibre de ce chapitre ne reflète pas vraiment la réalité, dans le sens où de nombreux

<sup>241</sup> *Une Suisse heureuse; articles de l'Encyclopédie*, préfacé par François Walter, (qui a eu la gentillesse de me mentionner ce passage), Genève, 1994, p. 46.

<sup>242</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, p. 44.

<sup>243</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 20.2.1792.

<sup>244</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 14.4.1792.

<sup>245</sup> Mais peut-être est-ce aussi simplement les lacunes de la source, car si les familles ne sont pas mentionnées, il n'est pas non plus noté qu'ils sont veufs ou célibataires.

paragraphe sont consacrés aux pathologies, tandis qu'ils sont moins fournis en ce qui concerne le profil social des malades hospitalisés. Cela provient du fait qu'un dépouillement quantitatif, portant sur 70 ans, inclut les données diagnostiques, tandis qu'il en exclut les indications sociales, qui ne portent que sur trois ans, mettant ainsi à jour les lacunes des archives.

Toutefois, on peut tout de même en conclure quelques éléments susceptibles d'expliquer l'hospitalisation de certains malades; ils révèlent que l'institution offre une réponse à facettes multiples pour certaines pathologies d'une part, et d'autre part, qu'elle représente un recours possible en cas de déstabilisation socio-économique, déstabilisation toujours provoquée ou accentuée par la perte de santé, (puisque'il ne s'agit dans ce travail que des malades). Ces facteurs permettent de comprendre le phénomène de l'hospitalisation dans ses grandes lignes, de cerner une dynamique qui relie une structure établie – l'Hôpital –, à une population composée d'innombrables individus, ayant une trajectoire spécifique. Le point de rencontre est ténu, propre non seulement au parcours de chacun, mais encore à une situation ponctuelle, le plus souvent passagère, du malade, la maladie et le séjour hospitalier qu'elle occasionne étant transitoire pour la plupart, comme l'a déjà souligné Roy Porter<sup>246</sup>. Or, entreprendre une recherche sur les malades se heurte d'une part à la difficulté de généraliser des expériences intimes et personnelles, sur un groupe non constitué, puisque chacun est susceptible de tomber malade, et d'autre part à celle de les remettre dans le contexte temporel d'une existence. Il est vrai que la catégorie des patients d'un hôpital facilite la tâche, notamment pour la période étudiée, dans la mesure où sont éliminés tous ceux, ou presque, qui ont les moyens et l'espace de se faire soigner. Néanmoins, perception de la maladie et pauvreté sont les dénominateurs communs des malades hospitalisés.

### 5. *Un séjour à l'Hôpital*

La durée de séjour procure un indicateur intéressant, qui confirme l'aspect temporaire de la maladie, comme il a été dit plus haut, avec cette fois des données beaucoup plus fiables, puisque presque complètes; elles ne concernent toujours que les trois ans du dépouillement nominal.

<sup>246</sup> PORTER, R., 1985, p. 194.

a) *Le temps du séjour*

Durée de séjour.

|      | 0 à 14 jour | 15 à 31 j. | 2 mois | 3 mois | 4 mois | 5 mois | 6 mois et + |
|------|-------------|------------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 1761 | 22,2%       | 19,6%      | 22%    | 9,1%   | 6,6%   | 3,9%   | 16,3%       |
| 1792 | 29,9%       | 24,4%      | 21,8%  | 11,8%  | 1,8%   | 3%     | 7,7%        |
| 1817 | 30,3%       | 28,7%      | 20,9%  | 7,4%   | 2,5%   | 4%     | 6,1%        |

En effet, les séjours de moins d'un mois varient entre 41,8% en 1761, et 59% en 1817, résultat légèrement inférieur à ce qui a été trouvé pour les hôpitaux de Lyon qui enregistrent un chiffre de 62,7% en 1866, et Würzburg, de 68,8%<sup>247</sup>. Notons par ailleurs que les courts séjours sont en augmentation au fil du temps, tandis que les très longs diminuent nettement, passant de 16,3% à 6,1%. Il est bien possible que le premier chiffre reflète encore les années fastes, financièrement parlant, de l'institution, qui ont permis ainsi à certains de rester un peu plus longtemps que le strict nécessaire. Mais dès les années 1770-1780, l'état des finances hospitalières contraint les directeurs à une plus grande sévérité.

Il n'existe pas réellement de corrélation entre les différents groupes de pathologies et les durées de séjour, si ce n'est deux tendances. C'est ainsi que pour 1792 et 1817, près des trois quarts de ceux qui souffrent de maladies de la peau restent moins d'un mois, tandis que les vénériens demeurent hospitalisés entre 40 et 70 jours environ. Toutes les autres affections ne montrent aucune cohérence dans ce domaine, ce qui confirme encore une fois l'importance du facteur social.

b) *Le « confort » du séjour*

La question du quotidien du malade hospitalisé, souvent esquivée, représente un leurre en même temps qu'un détour nécessaire. Le leurre réside dans le fait que les perceptions, les sensations et les émotions de ces malades sont à jamais perdues pour l'historien d'aujourd'hui. Même si l'on reconstituait l'univers hospitalier de l'époque, nos sens, définitivement modifiés par le temps, ne nous donneraient qu'un reflet faussé de la réalité d'autrefois. Par conséquent, toute tentative, ou tentation de projection, est à oublier. Néanmoins, cette projection écartée, le chercheur peut tout de même reconstituer, en dépit des lacunes des sources, certains éléments susceptibles d'approcher le quotidien hospitalier. Étudier les malades d'un hôpital, sans s'interroger sur les conditions de leur séjour,

<sup>247</sup> FAURE et DESSERTINE 1991, p. 39 et BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE 1995, p. 92.

reviendrait à les réduire à des pourcentages ou des statistiques, voire à négliger la réalité de leur parcours. L'espace géographique, le rapport à l'hygiène, à l'intimité, à l'alimentation ne sont que quelques jalons de ce quotidien oublié (*fig. 5*).

Une fois admis dans la Maison, le patient est emmené dans la chambre des malades, dans laquelle règne une odeur de genièvre et de romarin<sup>248</sup>; il reçoit une chemise et un bonnet ou une coiffe. Il entre alors dans une grande salle, munie d'environ 16 lits, placés transversalement à deux pieds de distance<sup>249</sup>, sur deux rangs, avec un passage au milieu de dix pieds de large. Chaque lit est garni de deux couvertures de laine et de rideaux verts, qu'«il seroit bon [qu'ils] fussent toujours ouverts»<sup>250</sup>, lavés chaque fois qu'il est jugé que le malade précédent est soupçonné d'exposer son successeur à «quelques dangers par des émanations fâcheuses». Un ciel de lit forme une sorte de toit, enlevé en mai et remis en octobre, très probablement pour des raisons de chaleur<sup>251</sup>. A ce propos, une cheminée chauffe la chambre et la tisane, tandis que les femmes bénéficient en plus d'une chaufferette «dont elles ne sauroient se passer». En 1814, pourtant, un médecin informe que tous les rideaux de lits ont été enlevés, mais qu'il conviendrait de mettre quelque pièce de tissu ou rideau au chevet des malades, pour que ceux-ci ne puissent se voir entre eux, ni être témoins de la mort de leur voisin<sup>252</sup>. La pudeur et l'intimité ne font pas forcément bon ménage avec les progrès de l'hygiène. A chaque nouveau malade, une paire de draps propres couvre le lit, destinée à rester en place un mois, mais susceptible d'être changée à chaque départ, selon la volonté de «l'hospitalière [qui] n'épargnera ni les draps, ni les linges nécessaires pour qu'ils soient tenus proprement»<sup>253</sup>. Les commodités sont placées comme il se doit au bout du corridor, derrière la chambre des malades, et pour ceux qui ne peuvent marcher, des chaises percées sont disponibles tous les deux lits. Les bains sont très peu fréquents, et se font avec une baignoire portable, placée au pied du lit du malade, les salles de bains, douches ou autres étuves n'étant pas prévues jusqu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Les repas se prennent dans la chambre, avec pour le déjeuner un bouillon et du

<sup>248</sup> CORBIN 1982, pp. 76-77.

<sup>249</sup> Un pied mesure 30,48 cm.

<sup>250</sup> SERIN 1788, p. 14. Serin s'adresse plutôt aux gardes-malades travaillant à domicile, n'impliquant donc pas la même proximité que dans une chambre de malades dans un hôpital, où les rideaux de lits servaient autant à garder la chaleur, qu'à protéger le malade des inconvénients occasionnés par les autres.

<sup>251</sup> Les indications de ce paragraphe viennent du rapport d'Abraham Joly, AEG, Archives de familles 127, env. 70 et des inventaires de 1772 et 1825, AEG, Arch. hosp. Af 4 et 5.

<sup>252</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 227, 15.3.1814.

<sup>253</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, règlement de 1771, p. 53.



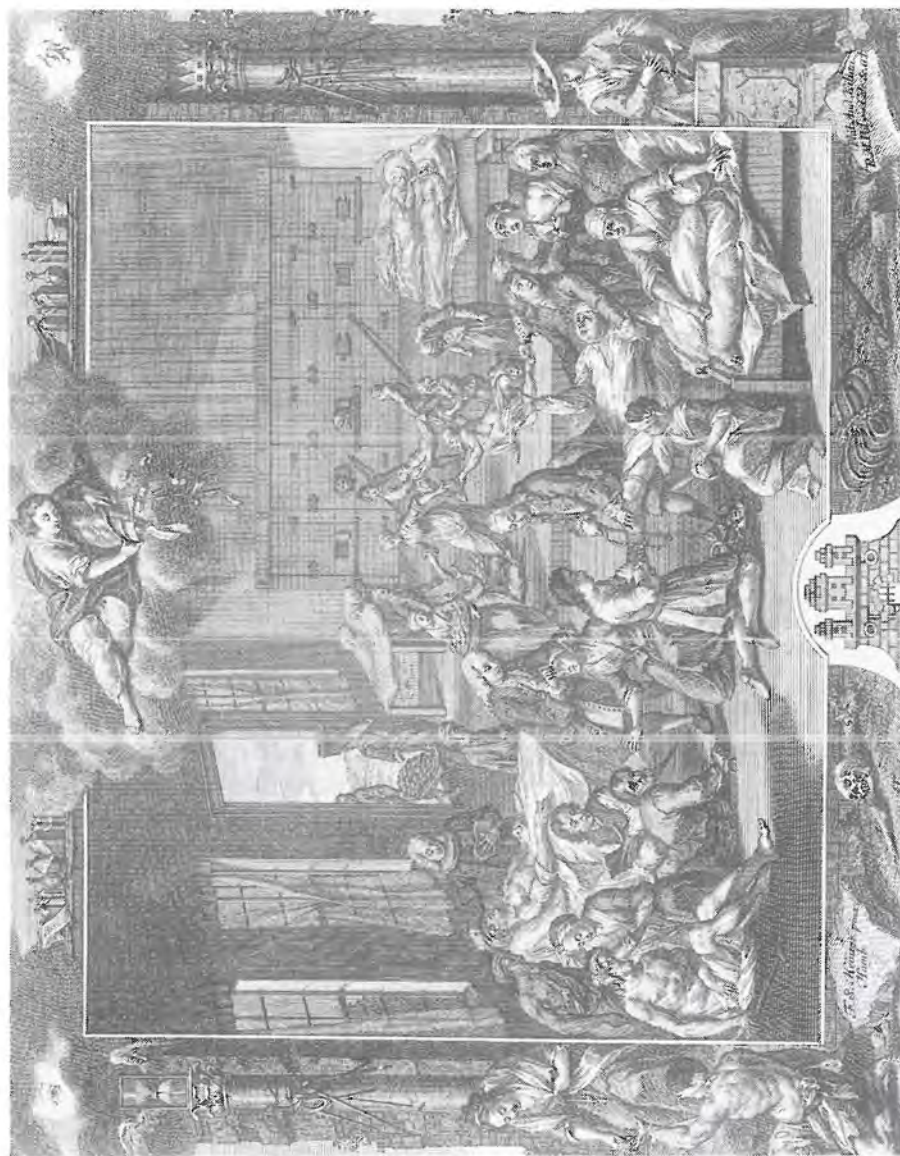


Figure 5 : Scène du quotidien dans un hôpital (Hambourg), au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle.



pain, pour le dîner de la viande et du vin, et pour le souper une vingtaine de pruneaux<sup>254</sup>.

Si l'on songe aux accouchements ou aux opérations, bien que rares, qui s'effectuent dans la chambre même des malades, on peut imaginer que les rideaux de lits sont bienvenus pour le malade, lui procurant ainsi une protection, si minime soit-elle, à l'égard de la souffrance des autres.

En résumé, pour être admis à l'Hôpital, il faut soit appartenir à une catégorie de valides bien déterminée, soit souffrir d'une pathologie susceptible de trouver, dans l'établissement, une réponse adéquate. Toutefois, la maladie n'est pas suffisante, loin s'en faut, et doit se doubler d'une situation socio-économique précaire, précarité qui se manifeste plus souvent chez les hommes de moins de 30 ans, travaillant dans le secteur de l'artisanat, et renforcée par l'absence d'un milieu familial disponible. En témoigne le refus infligé au dénommé Bourguignon, qui demande que l'on admette sa mère, âgée de 67 ans, qui souffre de la jambe; on lui répond que son mal n'est pas de nature à avoir besoin de l'établissement, car il «est destiné aux personnes très malades ou pauvres»<sup>255</sup>. Le cas de Jean-François Wittepy résume à lui tout seul la situation; en effet, âgé de 76 ans, il demande à entrer dans l'Hôpital pour s'y faire soigner, vu qu'il est estropié et de mauvaise santé; par ailleurs, sa femme gagne très peu d'argent, et il ne s'entend pas avec ses fils, ici tout concourt à son admission, d'autant plus qu'il promet de donner ses effets à l'institution<sup>256</sup>.

Une nourriture régulière et adaptée, de même qu'une chaleur relativement tempérée s'alliant à une hygiène en progrès constituent probablement les facteurs thérapeutiques les plus importants du séjour hospitalier, caractérisé par ailleurs par promiscuité et isolement, immobilité et mouvement, mouvement dû à des séjours relativement courts.

Une fois l'esquisse du malade brossée, et placée dans son cadre, il convient de rencontrer les différents acteurs, aux fonctions très diverses, qui exercent une responsabilité vis-à-vis de ce malade.

<sup>254</sup> Anne-Marie Piuze confirme que d'importants achats de pruneaux se font toute l'année, voir PIUZE 1980, p. 177.

<sup>255</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 371, 11.8.1790.

<sup>256</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, pp. 337 et 340, 27.1. et 10.2.1796.

## CHAPITRE DEUXIÈME

### LE PREMIER CONTACT DU MALADE: LA DIRECTION, SA STRUCTURE, SES INITIATIVES MÉDICALES

---

Le Genevois, malade et dépourvu de moyens pour recourir à un médecin ou à un chirurgien, va devoir faire appel au directeur de l'Hôpital responsable de son quartier, en vue d'obtenir une carte, soit pour une consultation à domicile avec un thérapeute de l'institution, soit pour obtenir l'autorisation d'entrer dans l'établissement. La direction, à laquelle est consacré ce chapitre, représente donc le premier contact entre le malade et l'Hôpital.

L'administration d'un hôpital exige un élan considérable, ou même une somme d'élan importante, pour offrir une réponse à la misère d'une cité, de même que pour gérer un établissement capable d'accueillir environ 200 personnes à l'intérieur de ses murs, et en secourir plusieurs milliers à domicile, comme c'est le cas à Genève. Les réponses sont multiples et façonnées au fil du temps par chaque institution; mais le problème principal reste le même pour tous: trouver l'argent nécessaire pour financer une entreprise forcément déficitaire<sup>1</sup>; il s'agit alors de susciter ces élans susceptibles de se transformer en espèces sonnantes et trébuchantes. Dans de nombreuses institutions<sup>2</sup>, tant en pays catholiques que protestants, deux courants majeurs s'associent pour recueillir l'argent et le dépenser en

<sup>1</sup> Comme l'attestent d'autres auteurs, tels ANDREWS 1991, p. 64.

<sup>2</sup> Voir notamment JONES 1989, pp. 52-53, sur l'hôtel-Dieu de Nîmes; DULIEU 1953, pp. 82-83.

fonction de leur objectif. C'est ainsi que le contrôle social, voire la répression, anime le pouvoir politique dans cette démarche, tandis que la charité chrétienne est censée sous-tendre le pouvoir religieux. Cette union du politique et du religieux est le plus souvent concrétisée par la présence physique de représentants de ces deux corps au sein de la direction d'un établissement. Mais cette présence n'est pas non plus indispensable, si l'on en croit Olivier Faure, qui constate que les administrateurs des hôpitaux lyonnais ne distinguent pas le temporel du spirituel, confondant « volontiers, mais de bonne foi, l'ordre social existant et la cité céleste »<sup>3</sup>. Il est donc vrai qu'une manière très schématique de décrire ces tendances appelle forcément à la nuance, et ne résiste pas à un examen plus détaillé. Seul ce dernier peut révéler les caractéristiques propres à chaque établissement et qui en font l'originalité. C'est ainsi que l'hôpital San Giovanni à Turin a instauré un système de « bienfaiteurs » qui acceptent de payer une somme pour un nombre déterminé de lits, destinés à des malades incurables, ce qui leur confère le droit de décider de l'occupant d'un lit. L'instauration de cette structure permet une nette augmentation du nombre de lits réservés aux maladies chroniques, avec pour conséquence l'ouverture de nouvelles salles<sup>4</sup>. Cet exemple met bien en évidence cette alliance entre charité privée et charité publique. Le lien entre le domaine public et le domaine privé, l'entente entre les différents pouvoirs en place sont déterminants pour saisir le fonctionnement d'un établissement, mais ne suffisent pas ; il faut encore comprendre comment cet établissement est perçu par la population et dans quelle mesure celle-ci adhère aux projets imposés ; il est finalement aussi indispensable de cerner de quelle manière et par qui les idéologies dominantes sont véhiculées.

Au début de ce chapitre, il s'agit de voir quelles sont les forces en présence qui permettent à l'Hôpital d'évoluer à travers la misère genevoise pendant plus de trois siècles, tout en conservant la même structure, et ce malgré les bouleversements politiques de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. A cet effet, un éclairage sur la dialectique qui anime ces différentes forces est important ; il met d'emblée l'accent sur les tutelles politique et religieuse, qui, grâce à leur alliance ou malgré leurs conflits, suivant les périodes, donnèrent un élan toujours constructif à long terme. Mais ces deux pouvoirs ne suffisent pas à expliquer la longévité de l'institution, et dans le cas de Genève, ne sont rien sans l'adhésion plus ou moins volontaire de la population.

<sup>3</sup> FAURE 1982, p. 22.

<sup>4</sup> CAVALLO 1989, pp. 101-103.

On peut se demander dans quelle mesure une administration, qui ne compte aucun membre du corps médical en son sein, comporte un lien quelconque avec les malades de l'institution. Comme nous l'avons déjà vu dans un chapitre précédent, les médecins et chirurgiens n'ont aucun pouvoir d'admission, et à cet égard, les administrateurs sont de fait plus concernés, puisqu'ils connaissent chaque hospitalisé qu'ils ont eux-mêmes admis. Mais au-delà de cette proximité fugace symbolisée par l'admission, les directeurs – ou procureurs<sup>5</sup> – s'investissent passablement dans différents domaines médicaux. C'est ainsi qu'ils prennent diverses initiatives, en matière d'hygiène, de maladies vénériennes, de thérapeutiques en tous genres, de santé publique en général.

Mais comme nous le verrons, excepté l'admission, les directeurs demeurent toujours en retrait du malade, et ne s'en approchent guère une fois qu'il est hospitalisé; ils s'en préoccupent beaucoup, cherchant divers moyens de soulager sa misère, mais restent à distance. C'est pourquoi il leur faut des relais, des intermédiaires, dont la fonction vise à concrétiser, mettre en pratique, appliquer les différents règlements, les multiples cogitations et décisions. L'hospitalier et le pasteur-résident sont ces intermédiaires, l'un relayant la volonté politique et l'autre le courant religieux, et sans lesquels toutes les idéologies, les décisions, les volontés seraient restées lettre morte.

## A. Pouvoir et contre-pouvoir

A Genève, du milieu du XVI<sup>e</sup> siècle au XIX<sup>e</sup> siècle, deux pouvoirs se sont le plus souvent alliés, mais aussi parfois opposés, pour mener à bien la gestion de la pauvreté par l'intermédiaire de l'Hôpital général. En effet, dès le début, le Petit Conseil et le Conseil des Deux-Cents se sont largement attribué les rênes de l'institution, alors que la Compagnie des pasteurs, bien que son rôle fût moindre, représentait un contrepoids difficile à éviter. En effet, les Ordonnances ecclésiastiques de 1541 attribuent à la Compagnie un droit de regard sur l'institution, et surtout un devoir de visiter l'Hôpital tous les trois mois, lui conférant ainsi un pouvoir d'ingérence important<sup>6</sup>. Par ailleurs, les collectes effectuées auprès de la population genevoise, représentant l'apport financier le plus important, lui donnent un léger poids. En effet, si l'institution avait été en totale inadéquation avec les besoins de la population, les collectes et dons divers auraient été nettement moins importants.

<sup>5</sup> Les deux termes sont synonymes et tous deux utilisés comme tels dans les archives hospitalières.

<sup>6</sup> *Sources du droit du canton de Genève*, publiées par E. Rivoire et V. Van Berchem, vol. 3, p. 347. Voir aussi LOUIS-COURVOISIER 1994, pp. 77 à 91.

### 1. *Une tutelle politique incontestée*

La composition de la direction montre clairement l'omniprésence du pouvoir politique en la personne d'un des quatre syndics à sa tête, secondé par un conseiller appartenant au Petit Conseil; en outre, huit directeurs issus du Conseil des Deux-Cents représentent les chevilles ouvrières de cette administration. Par conséquent, sur les onze membres de la direction, dix sont directement impliqués dans le gouvernement de la cité; le onzième, dont on reparlera plus tard, appartient à la Compagnie des pasteurs.

#### a) *Un contrôle social efficace*

Un regard posé sur les fonctions de ces directeurs révèle rapidement à quel point, et par leur intermédiaire le pouvoir politique, ils installent un réseau très efficace et serré en matière de contrôle social sur la ville. En effet, un quartier de la ville est assigné à chaque procureur qui se voit responsable d'un point de vue social des habitants de son ressort. C'est ainsi que lorsqu'une personne ou une famille se trouve dans le besoin, le directeur doit en être informé, puis «s'enquérir avec soin de la réalité des besoins de chaque individu, de sa famille, de ses ressources, de ses mœurs»<sup>7</sup>. Il en résulte donc que «nul ne sera admis à l'assistance qu'il ne paroisse à l'assemblée et que le Directeur de son quartier n'ait fait un rapport exact et détaillé de sa situation, sur les informations qu'il aura pris»<sup>8</sup>. Pour obtenir une assistance, la procédure à suivre consiste en un premier temps à justifier sa demande auprès de son directeur, qui la transmet à ses collègues lors de leur réunion du mercredi, consacrée aux demandes d'assistance. Le syndic et le conseiller, dont la présence est le plus souvent attestée, sont alors forcément mis régulièrement au courant de ces demandes. Il n'est d'ailleurs pas rare que les nécessiteux doivent également se présenter à la réunion plénière de la direction, ce qui produit une certaine gabegie dans l'antichambre. C'est ainsi qu'en 1757, l'huissier est prié de mettre de l'ordre parmi ceux qui attendent de se présenter à «l'assemblée», et qui «s'approchent souvent assés près de la porte pour pouvoir entendre les deliberations, surtout celles qui se font à leur sujet»<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 4, art.7, règlement de 1812.

<sup>8</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, ch. XV, art. 2, règlement de 1771.

<sup>9</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 106, 20.7.1757.



Bien que les *dizeniers*<sup>10</sup> n'aient aucun lien direct avec l'organisation hospitalière, il est bien possible qu'une collaboration ait eu lieu sur le terrain, les procureurs étant responsables d'environ trois mille personnes<sup>11</sup>; ce chiffre est bien sûr sujet à variations selon les quartiers de la ville, toutefois, cela représente un nombre assez considérable pour un seul directeur. Le recours au *dizenier*, responsable de l'application des «ordonnances de la Seigneurie, tans sur la réformation de l'Eglise que sur la police, soient bien observees»<sup>12</sup>, même s'il ne laisse nulle trace dans les archives hospitalières, semble hautement probable.

Contrairement à leurs collègues d'autres institutions, les procureurs n'exercent pas une permanence dans l'Hôpital. En effet, à Montpellier ou à Selestat, notamment, les intendants, ou les commissaires, sont tenus de faire à tour de rôle, chaque jour, une visite de l'institution, et même de suivre les visites quotidiennes des médecins<sup>13</sup>. A Genève, le relais est assuré dans l'intérieur des murs en la personne de l'hospitalier, dont il sera question plus loin dans ce chapitre.

Cependant, même si une présence quotidienne n'est pas exigée, la tâche des directeurs reste relativement lourde; non seulement la charge d'un quartier n'est pas une sinécure, mais en outre, chaque procureur est responsable de différents secteurs. En effet, tandis que l'un s'occupe des affaires intérieures de la Maison, le deuxième se charge de la mise en apprentissage des enfants, le troisième de la trésorerie, le quatrième surveille la production des moulins, le cinquième est responsable des affaires «judicielles», le sixième se consacre à la boutique du tailleur et à tout ce qui touche aux achats de tissus, le septième supervise la boutique du corbonnier et les achats de cuir, et le huitième est responsable de tout ce qui concerne les toiles et les linges<sup>14</sup>. La fonction de directeur n'est pas une fonction uniquement honorifique qui ne nécessiterait qu'une présence sporadique; elle exige un travail relativement considérable, que l'historien peut pressentir à travers une abondante correspondance, comme celle du receveur, auteur de milliers de lettres relatives aux finances hospitalières. Certaines lettres témoignent de l'investissement personnel de l'un ou l'autre des directeurs; c'est ainsi que lorsque Frédéric Maurice, ancien directeur de l'Hôpital, demande à Abraham Joly un rapport sur l'établissement, ce dernier accepte, non pour l'informer, mais pour lui

<sup>10</sup> Responsable d'une dizaine, soit une portion de quartier.

<sup>11</sup> En effet, si l'on compte environ 20.000 habitants, et sept directeurs responsables d'un quartier, le huitième étant déchargé de cette fonction puisqu'il exerce celle de receveur, soit trésorier de l'institution.

<sup>12</sup> *Les sources du droit.*, vol. 2, p. 253, Edits sur les offices de 1568.

<sup>13</sup> Voir IMBERT 1990, p. 346; DULIEU 1953, p. 79.

<sup>14</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 204, 1780.

faire gagner du temps « puisque votre expérience dans cette administration et votre connaissance de tous les détails vous rendraient maître du sujet »<sup>15</sup>. Il n'est pas question d'extrapoler sur la qualité du travail d'une centaine de directeurs à l'aide d'une seule phrase, mais il semble tout de même que les dilettantes n'aient pas été très fréquents, du moins à la lecture des archives.

Si l'on considère le poids de la charge et le bénévolat de la fonction, on peut se demander ce qui a poussé plus d'une centaine d'hommes à remplir cette tâche. Il est à relever que le bénévolat des directeurs n'est pas une caractéristique genevoise et se retrouve dans plusieurs autres établissements, notamment anglais, dont les gouverneurs « remplissent cet office gratuitement, et par conséquent avec bien du zèle »<sup>16</sup>.

#### *b) Pourquoi devenir directeur?*

Le passage à la direction de l'Hôpital représente incontestablement une étape tacite d'un parcours politique, peut-être même « un sacrifice nécessaire rétribué par un prestige accru et l'espérance d'une brillante carrière publique », comme c'est le cas à Lyon<sup>17</sup>. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer la durée du mandat, théoriquement de six ans, et les motifs de départ en cours de fonction. En effet, sur les 92 directeurs répertoriés de manière sûre, moins d'un quart gardent leur charge durant les six années prévues<sup>18</sup>.

Nombre d'années durant lesquelles les directeurs restent en fonction,

| Nombre de directeurs | Années de fonction |
|----------------------|--------------------|
| 23                   | un an              |
| 12                   | deux ans           |
| 9                    | trois ans          |
| 10                   | quatre ans         |
| 14                   | cinq ans           |
| 24                   | six ans            |

<sup>15</sup> AEG, Arch. hosp., Ah 5, p. 8, 11.3.1807.

<sup>16</sup> FLAJANI 1811, p. 62.

<sup>17</sup> FAURE 1981, p. 21.

<sup>18</sup> Il ne s'agit ici que des directeurs en place sous l'Ancien Régime, les données étant cohérentes pour cette période. Pour les années suivantes, on peut retrouver leur nom dans les rapports de l'Hôpital, ou dans les dossiers de la liasse P1, mais les délibérations ne les mentionnent jamais, ce qui interdit d'infirmier ou confirmer les hypothèses évoquées pour la période précédente.

Contrairement à la lecture des registres de délibérations des procureurs, qui donne l'illusion d'une certaine stabilité de l'administration, ce tableau illustre bien le mouvement réel des membres de la direction. En effet, les départs anticipés ne sont pas particulièrement relevés, et semblent par conséquent parfaitement admis par leurs pairs; en outre, les nouveaux procureurs appartiennent en général aux mêmes familles au sens large du terme, ce qui explique que les changements s'opèrent dans la continuité, comme nous le verrons dans le paragraphe suivant. Ce tableau est particulièrement parlant, puisqu'il éclaire d'une part le fait que cette continuité n'est pas basée sur les individus, mais sur leur appartenance sociale, et d'autre part que l'Hôpital représente surtout un passage plutôt qu'un but ou qu'un aboutissement en soi.

C'est principalement en s'appuyant sur les causes de départ que le chercheur peut comprendre à quoi correspond ce passage. Si notre source ne donne pas systématiquement les raisons des démissions, nous savons de manière certaine que 26 directeurs quittent l'institution pour d'autres fonctions publiques.

Neuf d'entre eux entrent au Petit Conseil au cours de leur mandat, et de ce fait sont obligés de démissionner, tandis que dix autres sont appelés à remplir la fonction d'auditeur, sorte «d'apprentis-magistrats». Cette charge assure l'apprentissage du fonctionnement de la justice civile et pénale, constitue une autre étape «souhaitée mais non obligatoire du *cur-sus honorum* genevois» et aboutit le plus souvent à la fonction de conseiller<sup>19</sup>.

Deux directeurs deviennent secrétaires de justice, et cinq autres occupent à leur départ les postes de commissaire général, de receveurs de la chambre des blés, de sautier ou encore de directeur des douanes. Plus d'un quart des procureurs se sont donc servis de leur fonction hospitalière comme d'un tremplin politique, sans compter ceux pour lesquels les motifs de démission ne sont pas explicites.

Durant la période française, les directeurs ont tendance à garder leur fonction beaucoup plus longtemps. Ils sont en effet plusieurs à demeurer dix ans ou plus, comme Charles J. Amat, André F. Nourrisson ou encore Jean Tronchin. Il est difficile d'avoir des chiffres précis pour cette période, en raison de diverses lacunes, mais on peut tout de même constater une tendance générale à la prolongation des mandats. Cela est dû entre autres à une remise en question de la durée réglementaire de cette charge, dont il est fait mention un peu plus bas, remise en question qui aboutit tacitement à l'adoption d'une durée indéterminée de cette fonction.

<sup>19</sup> Voir ROTH-LOCHNER 1992, p. 86.

Toutefois, la carrière politique n'élimine pas d'autres motivations et surtout ne signifie pas forcément désintérêt à l'égard de la charge de directeur. Nous l'avons vu plus haut, cette charge exige un investissement personnel relativement lourd, comme en témoigne encore le journal de la femme d'Abraham Joly, qui rappelle que « ses fonctions de directeur ... composèrent ses seules occupations jusqu'en 1787 »<sup>20</sup>; cette charge est alimentée non seulement par un devoir social, mais aussi par une volonté personnelle, dont la source est à chercher peut-être du côté de la philanthropie qui imprègne l'air du temps, grâce notamment au relais de certains sermons :

« Ames nobles et charitables: que deviendrait sans les pauvres votre libéralité? Qualités, qui, en vous gagnant l'affection de ceux qui en sont les objets, vous attirent la considération et le respect de ceux-mêmes qui n'ont pas assez de vertu pour vous imiter. Sans les pauvres, vous ne jouiriez jamais de la douce satisfaction de faire du bien sans espérance de retour. Jamais vous n'auriez été le protecteur de ces infortunés dont vous avez adouci les malheurs. Jamais nous n'auriez répandu la joie dans cette famille désolée, que vos bienfaits ont soutenue »<sup>21</sup>.

Pour certains en tous cas, il s'agit non seulement de « faire du bien », mais aussi d'en tirer une satisfaction personnelle; c'est ainsi que Joly entre à l'Hôpital comme directeur en 1781 et « cette occupation fut fort de son gout... parce qu'il aimait ses pauvres, en étoit aimé et manioit leur esprit de manière à les satisfaire sans être onéreux à l'Hôpital », nous dit sa femme<sup>22</sup>. Joly renforce lui-même cette idée, lorsqu'il écrit :

« Je ne puis pas vous dissimuler, mon cher Monsieur, que je ferai une grande perte en renonçant à des fonctions qui font le principe de mon existence. Il y a dans la conscience de ses propres efforts, dans les sentimens qui nous font tous agir, dans les relations qui s'établissent entre nous, quelque chose de si agréable et de si consolant qu'il sera pénible d'y renoncer »<sup>23</sup>.

Mon propos n'est certes pas de laisser entendre que tous les directeurs de l'Hôpital se sont identifiés à l'institution avec la même intensité qu'Abraham Joly, qui reste certainement de ce point de vue une exception, et il est certain que bien d'autres n'ont pas intégré de la même manière les principes philanthropiques qui animent Joly. Par ailleurs, le caractère exceptionnel de Joly ne réside pas seulement dans son adhésion sans restriction à l'Hôpital, mais également, pour le chercheur, dans le fait qu'il a laissé à la postérité des archives privées si fournies. Seuls deux

<sup>20</sup> Archives privées 128, env. 73, mémoire écrit par Catherine Elisabeth Patron, deuxième femme d'Abraham Joly.

<sup>21</sup> *Sermons choisis de feu Monsieur Le Cointe*, pasteur et professeur de Genève, Genève, 1783, p. 14.

<sup>22</sup> Archives privées 128, env. 73.

<sup>23</sup> AEG, Archives privées 128, env. 73, mémoire écrit par Catherine Elisabeth Patron, deuxième femme d'Abraham Joly, qui cite une lettre que Joly a écrit à Monsieur Trembley.

autres témoignages nous sont parvenus, l'un de Barthélemy Rilliet, qui exprime ses regrets de quitter l'institution, et affirme qu'il s'y intéressera toujours<sup>24</sup>, et l'autre de Claude Philippe Claparède, qui écrit lors de sa démission :

« Quand même je ne serais plus à l'Hôpital, si la direction trouve que je puisse leur être de quelque utilité je serai toujours entièrement à ses ordres et il me semble qu'il y a quelques objets pour lesquels je pourrai le servir »<sup>25</sup>.

Ces trop rares citations ont pour seul but de nous renseigner sur les sentiments de leurs auteurs vis-à-vis de l'Hôpital, sans nous autoriser à les projeter sur ceux qui ne se sont pas exprimés à ce sujet. Elles reflètent simplement l'état d'esprit de quelques-uns des directeurs, qui donnent une partie de leur temps à l'institution, comme en témoigne cette annonce :

« Les personnes qui auront à parler à Monsieur l'ancien Auditeur Claparede, en sa qualité de Directeur et Receveur de l'Hôpital, le trouveront à l'Hôpital, les matins, les lundis, mercredi et samedi de chaque semaine »<sup>26</sup>.

Et pourtant, « on a trouvé dès l'origine de la république une succession de citoyens qui se sont dévoués à ce service pénible et dégoûtant. Le même dévouement anime les citoyens d'aujourd'hui, les vacances sont faciles à remplir »<sup>27</sup>. Cette citation prouve si besoin est que de trouver des candidats pour la direction de l'Hôpital n'a jamais été une difficulté, quelle que soit la période concernée, malgré la lourdeur de la tâche, et le mouvement relativement important que connaît l'institution, ce qui suggère que la philanthropie, alliée à la course aux honneurs sont des moteurs suffisamment puissants pour une certaine catégorie de la population.

### c) *Une continuité sans rupture*

Malgré des démissions fréquentes et admises, la continuité est assurée par l'appartenance sociale des procureurs. En effet, les 159 administrateurs répertoriés, les syndics et conseillers étant cette fois inclus dans le nombre, appartiennent à 79 familles, le plus souvent alliées entre elles. Par ailleurs, la plupart de ces familles évoluent également dans d'autres domaines, puisqu'elles sont souvent présentes dans le monde de la

<sup>24</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 227, 9.2.1763

<sup>25</sup> AEG, Archives privées 128, env. 20.

<sup>26</sup> Feuille d'Avis, n° 35, p. 262, 1790.

<sup>27</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, p. 15, lettre de Joly à Maurice du 11.3.1807.



banque<sup>28</sup>, ou celui de la justice<sup>29</sup>, sans omettre celui de la politique. Il semble donc que les directeurs de l'Hôpital ne forment pas à proprement parler une « sous-catégorie sociale bien nette »<sup>30</sup>, mais paraissent plutôt constituer le reflet fidèle de l'oligarchie régnante à Genève au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle. La direction est ainsi en parfaite adéquation avec l'élite dirigeante de la cité, et il ne pourrait en être autrement puisque les procureurs sont « proposés » par le Petit Conseil et la Compagnie des pasteurs, et élus par le Conseil des Deux-Cents. Ce mode assure donc un circuit suffisamment fermé pour éviter toute fantaisie susceptible de mettre en péril cet équilibre oligarchique séculaire. En conséquence, la tutelle politique dont il était question plus haut n'a pas besoin de s'imposer de manière autoritaire, puisque l'administration hospitalière lui est acquise.

La période révolutionnaire connaît quelques turbulences, et les troubles politiques qui agitent la cité durant les années 1792-1794 provoquent la démission de plusieurs directeurs. Sur l'ensemble des membres de la direction, 18 ont été inquiétés lors de l'insurrection du 17 juillet 1794 : quatre anciens syndics ont été condamnés à mort par contumace<sup>31</sup>, deux ont été bannis à perpétuité<sup>32</sup>, et six ont été condamnés à la prison domestique<sup>33</sup>. Frédéric-Guillaume Maurice, quant à lui, préfère quitter l'institution de son plein gré<sup>34</sup>, tandis que Pierre Bellamy est exilé par le Tribunal révolutionnaire<sup>35</sup>, et Guillaume Fuzier-Cayla, ancien directeur et conseiller de l'Hôpital est exécuté en 1794<sup>36</sup>. Toutefois, si quelques-uns des procureurs appartiennent à l'aile ultra-conservatrice, cela n'a pas été le cas de la majorité des directeurs, qui se contentent d'être simplement conservateurs. L'Hôpital peut ainsi maintenir son cap, malgré les pressions du « Club fraternel des révolutionnaires genevois »<sup>37</sup>, jusqu'à l'Annexion. Là encore, la direction reflète dans une certaine mesure la vie politique genevoise, car les comités provisoires qui forment le nouveau gouvernement, ne sont pas « dans la résultante de leur action, révolu-

<sup>28</sup> Voir LÜTHY 1961, qui souligne également l'importance des liens familiaux dans une aussi petite République, p. 274.

<sup>29</sup> Voir ROTH-LOCHNER 1992, p. 86, note 203.

<sup>30</sup> Comme l'a constaté Olivier Faure pour les hôpitaux lyonnais, voir FAURE 1981, p. 15.

<sup>31</sup> César André Bordier, Isaac Louis Naville, Pierre André Rigaud et François Sarasin; voir BURNET 1925, pp. 411, 413, 414.

<sup>32</sup> Pierre Jolivet et Jean François Thelusson; BURNET 1925, pp. 367 et 370.

<sup>33</sup> Isaac Boidard, futur hospitalier, Ami de Chapeaurouge, Léonard Fatio, Jean-Louis Mallet, Gédéon Patron et Jacob Tronchin; BURNET 1925, pp. 373, 378, 382, 384, 386, 388.

<sup>34</sup> ZURBUCHEN 1985b, p. 301.

<sup>35</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 240, 31.8.1794, et PETER 1950, t. 2, p. 26.

<sup>36</sup> ZURBUCHEN 1985b, p. 301. Sur ce club, voir GOLAY 1984, p. 79.

<sup>37</sup> ZURBUCHEN 1985b, p. 301.

tionnaires»<sup>38</sup>. Les membres de ces comités appartiennent à la bourgeoisie moyenne, favorable aux nouveaux principes, tels que la démocratie directe, même s'ils sont influencés, il est vrai, par les différents cercles de la ville, et obligés de les consulter avant toute décision importante. Excepté les quelques syndics ou conseillers mentionnés plus haut, les membres de la direction hospitalière ont suivi le mouvement politique de la ville, enregistré quelques changements occasionnés par les événements de juillet 1794, et continué leur chemin, malgré les modifications souhaitées par les révolutionnaires en matière d'assistance, très vite « remis à des temps meilleurs, faute d'argent »<sup>39</sup>. L'implantation séculaire de l'institution, la probable satisfaction d'une grande partie de la population à son égard, et surtout le manque de moyens, n'ont pu donner prise à de nouvelles conceptions de l'assistance, qui continue de s'incarner dans l'établissement tel qu'il est.

L'arrivée des Français, en 1798, pourrait amener de nouvelles données à l'Hôpital général genevois, appelé dès lors: Société de bienfaisance; mais cela ne signifie pas pour autant un changement de structure<sup>40</sup>. En effet, la seule différence de taille s'observe dans le fait que la cité demeurant désormais sous la dépendance française, l'Hôpital n'est plus directement soumis à la tutelle du Petit Conseil devenu inexistant. Cependant, l'institution ne dépend pas non plus de l'autorité française, qui lui concède le droit d'être entièrement autonome, simplement rattachée à la Société économique<sup>41</sup>. L'Hôpital devient ainsi une « institution de droit purement privé »<sup>42</sup>, réservée aux Genevois. Cette modification, au lieu de conduire à une quelconque rupture, permet au contraire une continuité sans faille. Les mêmes familles continuent à se succéder au sein de l'administration, avec le plus souvent d'anciens syndics comme présidents. L'Hôpital semble ainsi devenir le refuge de l'oligarchie de l'Ancien Régime, et en assure sa pérennité jusqu'au départ des Français. D'ailleurs, à cette occasion, la direction exprime très clairement son soulagement, quand elle assure qu'elle est bien contente « de se trouver de nouveau sous l'administration paternelle du Conseil »<sup>43</sup>. La boucle est bouclée, la parenthèse est fermée, et l'administration reprend son cours, sur le même pied que sous l'Ancien Régime. Comme l'affirme Joëlle

<sup>38</sup> GOLAY 1984, p. 59.

<sup>39</sup> GOLAY 1984, p. 66.

<sup>40</sup> Comme le constate également FATIO 1910, p. 62.

<sup>41</sup> Sur laquelle voir PETER 1950, pp. 353 à 376, qui mentionne la création de la Société de Bienfaisance sans s'y arrêter.

<sup>42</sup> ZURBUCHEN 1985b, p. 307.

<sup>43</sup> R.C. 315, p. 353, 1.3.1815.

Droux, « l'identification profonde entre l'élite conservatrice et la direction dure jusqu'en 1840 »<sup>44</sup>.

La stabilité de l'administration n'a jamais réellement été inquiétée, même si les directeurs s'interrogent en 1802 sur la question de leur amovibilité, le nouveau règlement ne statuant rien sur ce sujet<sup>45</sup>. La discussion et les différents points de vue sont suffisamment intéressants pour que l'on s'y arrête un instant. En effet, plusieurs arguments sont exprimés, soit pour, soit contre cette amovibilité. D'une part, le changement comporte plusieurs avantages: en premier lieu, les directeurs étant issus presque tous du monde des négociants, il serait bon d'atteindre d'autres milieux « capitalistes » afin de les sensibiliser aux problèmes rencontrés par l'institution. Par ailleurs, le principe d'amovibilité a été dans les derniers temps de la République le principe le plus réclamé, qu'il faudrait maintenir. En outre, si les hommes gagnent en expérience, en revanche, ils peuvent aussi se fatiguer. Les opposants à ce principe retournent cet argument; ils affirment qu'il faut du temps pour se familiariser à cette fonction, en apprenant par exemple à résister à des demandes inopportunes, et que l'expérience joue un rôle important dans l'efficacité d'un directeur. Cela d'autant plus qu'auparavant, l'administration était supervisée par une instance suprême, susceptible d'éviter les erreurs, et que les « superviseurs » avaient l'habitude des affaires de l'Hôpital, la « plupart [ayant] passé quelques années au service des pauvres ». Et enfin, dernier argument avancé contre le changement: pendant l'Ancien Régime, cette fonction faisait office de « noviciat » pour ceux qui se destinaient à l'administration de l'Etat, ce qui n'est plus le cas depuis que Genève est incorporée dans le département du Léman; il deviendrait alors plus difficile de trouver des candidats, maintenant que ce rôle n'est plus une étape du *cursus honorum*. Mais quelle qu'ait été finalement la décision prise<sup>46</sup>, même si l'option du changement a été adoptée, elle ne remet pas fondamentalement en question la continuité, puisque le nouveau règlement prévoit la nomination des directeurs par cooptation. En conséquence, et comme dans le passé, même si les individus changent, la couleur de l'administration perdure.

En résumé, par l'appartenance de ses procureurs aux différents Conseils de la ville, l'Hôpital représente le bras droit du pouvoir poli-

<sup>44</sup> DROUX 1993, p. 442.

<sup>45</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, pp. 346 à 348, 2.12.1802.

<sup>46</sup> Les archives hospitalières ne permettent pas de savoir dans quel sens les directeurs ont tranché. Mais si l'on considère la liste des directeurs établie à partir de la liasse P 1 et des rapports de l'Hôpital, on constate que certains directeurs gardent longtemps leur fonction, comme Denis Dominici et André F. Nourrisson, qui restent au moins dix ans.

tique en matière de contrôle social. Les directeurs connaissent non seulement le nom, mais aussi la famille et le quotidien de chaque pauvre de la cité, et décident s'il mérite un secours ou non. Par ailleurs, fait extrêmement important, l'assistance est basée sur le principe du prêt et non du don<sup>47</sup>; c'est ainsi qu'un nécessiteux secouru de manière continue par l'institution perd momentanément ses droits au Conseil Général, jusqu'à ce qu'il ait effectué le remboursement du prêt. Selon Dominique Zumkeller, les remboursements sont assez fréquents (26,7%)<sup>48</sup>, ce qui tend à prouver que ce moyen de pression se révèle efficace pour récupérer une partie de l'argent distribué. Ce contrôle individuel et permanent constitue une charge lourde et parfois «dégoutante» pour les procureurs, qui pourtant ne rechignent pas à la tâche. Une double motivation permet de comprendre pourquoi l'administration n'eut jamais de difficulté à remplir les sièges vacants: d'une part, la promesse d'un avenir politique et civique est un appât important pour les membres des familles patriciennes majoritaires au sein de la direction. A cette promesse s'ajoute d'autre part un sentiment mêlé de paternalisme, de devoir social et de philanthropie, sentiment attisé par les différents sermons du dimanche matin.

Malgré des troubles politiques majeurs, la direction conserve à quelques nuances près toujours la même teinte, se repliant sur elle-même lors de l'Annexion française. Dépositaire des vestiges de l'Ancien Régime, il lui suffit de souffler sur les braises la tempête une fois éloignée.

## 2. *Le poids de la Compagnie des pasteurs*

Bien que la ferveur religieuse décline dans les sociétés européennes durant le XVIII<sup>e</sup> siècle, la religion demeure toutefois partie intégrante de la vie quotidienne. Bien sûr, les ecclésiastiques regrettent une fréquentation moins assidue des lieux de culte. Néanmoins, et sans vouloir préjuger de la vie spirituelle de chacun, la religion n'est pas encore reléguée aux confins d'existences sollicitées par tant d'autres domaines. En matière de religion, les hôpitaux de l'Ancien Régime ne font, là encore, que refléter la société qui les produit.

<sup>47</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, pp. 12-13, lettre de Joly à Maurice, 11.3.1807, et Ag 4, art. 33, règlement de 1812.

<sup>48</sup> ZUMKELLER 1985, p. 291. Comme le dit l'auteur, les fréquents remboursements permettent de «déceler le type de pauvreté», qui dépend le plus souvent d'un accident conjoncturel, davantage que d'une pauvreté structurelle.

a) *La présence religieuse: un contre-pouvoir tacite mais efficace*

Plusieurs institutions hospitalières de l'Ancien Régime demeurent en partie dirigées par des hommes d'Eglise, même si ce fait tend à s'amenuiser dès le XVI<sup>e</sup> siècle, en faveur d'une municipalisation accentuée.<sup>49</sup> Ainsi, l'évêque de Nîmes se trouve-t-il encore à la tête de l'hôtel-Dieu au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, avec pour principaux collaborateurs des ecclésiastiques, et des laïcs choisis parmi les plus importantes corporations de la cité<sup>50</sup>, alors qu'à la même époque, quatre hommes d'Eglise participent à l'administration de l'hôtel-Dieu turinois de San Giovanni<sup>51</sup>. En revanche, les hôpitaux londoniens et l'Infirmierie d'Edimbourg ne comptent aucun religieux dans leur direction<sup>52</sup>. Pourtant, l'absence d'hommes d'Eglise à la tête d'un établissement ne signifie bien entendu pas absence de religion dans l'hôpital. C'est ainsi que dans les hôpitaux lyonnais, gouvernés par des laïcs, «l'hôpital est presque un établissement religieux: les administrateurs accomplissent une sorte de sacerdoce... l'année hospitalière s'agence autour de nombreuses cérémonies religieuses»<sup>53</sup>; mais là n'est pas encore la question. Pour le moment, il s'agit de s'interroger sur le poids de l'Eglise dans les décisions prises par l'Hôpital, et, particulièrement pour Genève, sur l'importance du rôle joué par la Compagnie des pasteurs.

Dès la création de l'institution, les ministres sont investis d'une mission de surveillance de la gestion de l'Hôpital, avec l'obligation d'effectuer une visite trimestrielle de contrôle. La Compagnie prit à cœur cette mission, et ne se priva pas, au début du XVII<sup>e</sup> siècle, d'intervenir de manière assez véhémement, estimant en 1604 que l'Hôpital était «mal gouverné», et réclamant en 1612 une meilleure gestion des biens de l'établissement, en déplorant notamment le manque de rigueur des administrateurs<sup>54</sup>. Suite à cette constatation, elle proposa un rapport, suggérant des modifications du règlement, réclamant l'augmentation du nombre des procureurs et surtout la présence d'un ministre au sein de la direction, ce qui fut accepté finalement après de longues tergiversations<sup>55</sup>. C'est donc à partir de cette époque qu'un membre de la Compagnie des pasteurs, le

<sup>49</sup> IMBERT 1990, p. 21.

<sup>50</sup> JONES 1989, p. 52.

<sup>51</sup> CAVALLO 1989, p. 96.

<sup>52</sup> ROSE 1989, pp. 123-148; RISSE 1986.

<sup>53</sup> FAURE 1981, p. 22.

<sup>54</sup> LOUIS-COURVOISIER 1994a, p. 83.

<sup>55</sup> *Registre de la Compagnie des Pasteurs*, vol. 11, publié par G. CAHIER, Matteo CAMPAGNOLO, Micheline LOUIS-COURVOISIER, Genève, 1993, pp. XII et XIII.



plus souvent un professeur de théologie, devint partie intégrante de la direction hospitalière.

Cette présence n'est alors plus remise en question jusqu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle, c'est-à-dire au moment du changement de structure de l'administration de l'Hôpital provoqué par l'Annexion française. En effet, en 1803, la direction s'interroge sur la nécessité qu'un pasteur continue à siéger aux côtés des directeurs, comme membre effectif. Lors de cette remise en cause, elle considère d'une part qu'il existe une liaison « naturelle et intime » entre ministres et administrateurs de charité, et d'autre part qu'en son temps, le législateur avait jugé nécessaire la présence d'un des pasteurs au sein de la direction, soulignant que jusqu'à l'Annexion, ce pasteur devait présider en l'absence du syndic et du conseiller. C'est pourquoi il est décidé de créer une place de membre honoraire pour le pasteur, avec un droit de suffrage, et même de lui réserver la fonction de vice-président<sup>56</sup>. Cette décision, de même que les arguments qui poussent à la prendre, témoigne de l'importance encore accordée à la présence religieuse au sein de la direction hospitalière, et révèle que cette importance ne relève pas seulement du poids de l'habitude, mais au contraire de la volonté des laïcs de laisser une place aux ecclésiastiques. Cette idée est d'ailleurs renforcée par le fait qu'en 1800 déjà, le Consistoire<sup>57</sup> réclame en son sein la présence d'un des membres de la direction, pour y représenter l'Hôpital<sup>58</sup>. L'institution continue à se trouver à la croisée du laïque et du religieux, religieux qui disparaît peu à peu des institutions hospitalières du XX<sup>e</sup> siècle, pour revenir d'ailleurs sous une autre forme en cette fin de millénaire<sup>59</sup>.

Durant les délibérations, les pasteurs sont très silencieux, si l'on en croit les archives hospitalières. Aucun conflit opposant le religieux et le politique n'émerge durant les septante années étudiées, et ces deux pouvoirs semblent cohabiter dans l'harmonie; de ce fait, la Compagnie ne s'impose pas en un contre-pouvoir visible. Toutefois, les exemples cités plus haut montrent qu'elle ne craint pas d'exprimer son point de vue, même lorsqu'il est en contradiction avec celui des Conseils, et il ne serait pas étonnant que la lecture des archives genevoises révèle d'autres

<sup>56</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 15, 9.11.1803.

<sup>57</sup> Organisme composé des pasteurs de la ville et de dix laïcs, appelés Anciens.

<sup>58</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 99, 10.2.1800 et Ag 4, art. 40 du règlement de 1812.

<sup>59</sup> En effet, dans certains hôpitaux américains, des gens sont payés afin de prier pour des malades et des études en double aveugle sont même effectuées pour voir si ces prières s'avèrent efficaces; certains membres du corps médical voudraient d'ailleurs voir la religion réinvestir les hôpitaux. (*Time*, Juin 1996, p. 38 à 48). Cependant, cela impliquerait une ré-introduction de la religion dans les hôpitaux, cette fois voulue par le corps médical, alors que deux siècles plus tôt, elle est totalement indépendante des médecins; mais cela ne signifierait cependant pas une plus grande importance de l'Eglise au sein du pouvoir décisionnel.

dissensions durant les XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles. Par ailleurs, la présence même d'un ministre au sein de la direction, qui en réfère toujours à la Compagnie encore puissante jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, laisse penser que le pouvoir politique n'est pas entièrement libre de prendre des décisions et doit tenir compte des suggestions et des principes adoptés par les pasteurs.

Si le ministre de la direction reste relativement silencieux, il n'en est pas de même pour ses confrères, qui jouent un rôle de relais important du haut de leur chaire.

#### *b) Un relais d'information et de propagande*

D'une manière très générale d'abord, les pasteurs consacrent plusieurs sermons à la charité lors des cultes dominicaux, et les paroissiens savent à quoi s'en tenir en matière des devoirs de tous chrétiens<sup>60</sup>. Cependant, l'action de la Compagnie des pasteurs ne s'arrête pas là, et se concrétise pour l'Hôpital chaque année, aux alentours de Pâques, en un culte spécialement consacré à l'institution. Il m'a été malheureusement impossible de retrouver ces prêches, en raison du volume des sources dont le classement ne permet pas de viser un objectif précis. Néanmoins, les délibérations des procureurs permettent de combler quelque peu cette lacune.

En effet, une fois par année, entre les mois de février et de mai, la direction propose aux pasteurs de peindre la situation de l'Hôpital en chaire, en vue de la collecte générale. C'est ainsi qu'en 1759, les ministres doivent annoncer une recrudescence de la pauvreté et du manque de travail, qui mettent la direction dans l'obligation d'entamer son capital<sup>61</sup>. En 1761, l'absence de travail disponible reste important, et s'additionne cette année aux mauvaises récoltes; en plus, il faut pourvoir à diverses maladies qui occasionnent des frais supplémentaires<sup>62</sup>. L'année 1764 ne connaissant probablement pas de problèmes particuliers, les ministres sont chargés d'insister sur l'importance des dons effectués par les habitants<sup>63</sup>, dons qui forment l'essentiel du revenu de l'établissement<sup>64</sup>. En 1767, «la misère du temps» est de nouveau à l'ordre du jour, due cette fois à la rigueur de la saison, à la cherté des denrées et des loyers<sup>65</sup>. Les années 1768 et 1771 sont

<sup>60</sup> Voir notamment: FABRI 1713, t.2; LAGET 1779; VERNES 1792, t.2; LE COINTE 1783; MOUCHON 1798.

<sup>61</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 410, 4.5.1759.

<sup>62</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 66, 18.2.1761.

<sup>63</sup> Dont on reparlera dans le paragraphe suivant.

<sup>64</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 398, 4.3.1764.

<sup>65</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 128, 15.2.1767.

particulièrement difficiles, et les directeurs demandent aux pasteurs de dire en chaire que si la situation telle qu'elle se présente continue, «il est à craindre qu'il [l'Hôpital] ne puisse subsister ni aussi longtemps, ni aussi en état de pourvoir aux divers besoins des nécessiteux qu'il seroit à désirer pour le bonheur commun»<sup>66</sup>. A cette occasion, les ministres sont chargés de faire remarquer à leurs paroissiens «combien l'établissement de cet Hôpital est honorable pour cette Eglise». Etait-ce une manière d'insinuer que les dons en faveur de l'institution symbolisent ou même représentent la concrétisation de la spiritualité? Cela révèle en tout cas un lien très proche entre l'Eglise et l'Hôpital. L'argument avancé en 1771 a porté ses fruits, puisque l'année 1773 a «fourni par la grâce de Dieu des ressources considérables»; il n'est toutefois pas question de diminuer ces efforts, car «on était cependant bien éloigné de réparer les brèches faites aux capitaux dans les années précédentes», et de plus, le chômage, la cherté et la corruption des mœurs font des progrès<sup>67</sup>. Comme on peut le voir jusqu'à présent, les malades ne sont jamais mis en avant pour réclamer de l'argent aux habitants de la ville. En 1790 pourtant, les pasteurs doivent annoncer des dépenses «considérables» effectuées en vue d'augmenter le nombre de chambres pour les malades, de classer et séparer les maladies, et d'isoler les contagieux<sup>68</sup>. A cette occasion, l'établissement ne s'affiche publiquement plus seulement comme un hospice, mais comme une institution qui décide de laisser une plus grande part à la maladie et aux malades. Cette mention fait d'ailleurs directement référence aux modifications intra-hospitalières qui eurent lieu à la fin de 1789, avec notamment le déménagement des hommes malades vers de plus grandes et plus nombreuses chambres<sup>69</sup>. Par conséquent, non seulement ces transformations ont eu lieu, mais elles ont été annoncées par l'intermédiaire des pasteurs.

Ces sermons annuels servent de relais entre l'Hôpital et la population genevoise largement sollicitée pour soutenir très concrètement l'institution par ses dons. On ne peut pas réellement parler de transparence, dans la mesure où c'est la direction qui dicte aux ministres ce qu'il doivent annoncer. Néanmoins, ces cultes sont le seul moyen pour les Genevois de connaître d'une part l'état financier de l'établissement, et d'autre part les objectifs que se sont fixés les directeurs en matière de charité. La «misère des temps» est le plus souvent avancée lors de ces prêches, ce qui prouve que la détresse sociale représente le but le plus souvent visé. Toutefois,

<sup>66</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, pp. 190 et 460, 2.3.1768 et 27.2.1771.

<sup>67</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 192, 26.2.1774.

<sup>68</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 316-317, 28.2.1790.

<sup>69</sup> Sur ces transformations, voir chapitre n° 1.

la corruption des mœurs n'est pas totalement étrangère aux arguments avancés par les ministres, qui reflètent ainsi les préoccupations d'ordre moral des directeurs. Et finalement, les malades ne sont pas non plus exclus des sollicitations exprimées par le biais des ministres, ce qui montre qu'ils font eux aussi les objets de charité en tant que tels.

### 3. *La population: un contre-pouvoir presque muselé*

Certes, la population genevoise n'est pas à mettre sur un pied d'égalité avec les Conseils politiques ou la Compagnie des pasteurs en matière de pouvoir ou de contrôle sur l'Hôpital. En effet, les assistés sont entièrement dominés par l'institution, et sont même privés de leurs droits civiques tant qu'ils sont secourus de manière continue par l'établissement. Par ailleurs, il est fort probable que les Genevois aisés, qui n'ont donc pas recours à l'Hôpital, ne soient pas réellement concernés par l'institution, et même s'ils le sont, ne connaissent de l'établissement que ce qu'ils en ont entendu par les sermons mentionnés ci-dessus. Il serait donc erroné de penser que l'Hôpital est un sujet de préoccupation quotidienne pour la majorité des habitants de la ville.

Néanmoins, l'Hôpital ne vivant essentiellement que grâce aux dons et aux collectes effectués auprès des Genevois, les directeurs sont tenus de donner au moins une image favorable de l'institution.

#### a) *La collecte comme moyen de pression*

Genève n'est de loin pas la seule cité à solliciter les dons et les legs de ses habitants en faveur de son institution charitable. En effet, la plupart des Infirmeries anglaises agissent de même, tablent sur le fait que la «charité est assurément à la mode», et se servent également du sermon annuel pour stimuler les donations<sup>70</sup>. Toutefois, le système est relativement différent, dans la mesure où en Angleterre les riches donateurs sont récompensés en cas de versements généreux. C'est ainsi que si un individu verse plus de vingt guinées pour l'Infirmerie, il est alors considéré comme partie prenante dans la direction, et se voit ainsi conférer un certain pouvoir; ce pouvoir est donc mis directement en relation avec la somme versée<sup>71</sup>.

<sup>70</sup> PORTER, R. 1989, pp. 149, 151.

<sup>71</sup> PORTER, R. 1989, p. 157.



A Genève, le système est beaucoup plus ambigu. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, il existe une collecte générale, effectuée chaque année autour de Pâques, et annoncée bruyamment par un sermon dans toutes les paroisses. Cette collecte, mise sur pied depuis 1685, de même que l'argent récolté dans les tronc des différentes églises de la ville, assurent la plus grande part des revenus de l'institution<sup>72</sup>. L'ambiguïté de ce système réside dans le fait que cette collecte devient nominative en 1691, et prend, par conséquent, l'allure à peine déguisée d'un devoir fiscal; cette démarche laisse penser que la charité, d'abord issue d'un mouvement spontané «fixé par l'intensité du sentiment religieux», glisse vers une «charité organisée» et «imposée dans le sens étroit du terme»<sup>73</sup>.

Concrètement, pour le citoyen, cela signifie d'abord qu'il est sollicité au sermon pour donner un maximum d'argent afin de secourir les plus déshérités que lui; il subit ainsi une certaine pression morale. La semaine suivante, il voit arriver à sa porte le directeur responsable de son quartier, qui lui demande son obole en faveur de l'institution, et qui note dans son cahier ce que le citoyen a bien voulu verser. Si par hasard il a moins donné que l'année précédente, il est bien possible qu'il doive s'en expliquer. Dans ces conditions, il lui est donc difficile de refuser, même si dans les faits, la collecte n'est pas obligatoire. En outre, contrairement aux Anglais, il ne reçoit aucune contrepartie de la part de l'institution, et même s'il donne une grosse somme d'argent, cela ne lui confère aucun droit, ni aucun pouvoir particulier. Il est donc vrai que de ce point de vue, la marge de manœuvre du Genevois est pour le moins limitée.

L'institution reste néanmoins dépendante de l'importance de la collecte, et de ce fait la direction n'est pas entièrement libre de ses actions, ou, du moins, de l'image qu'elle en donne. A cet égard, les archives hospitalières révèlent deux moyens pour le public d'exprimer son désaccord face aux options prises par l'administration. Il est, par exemple, possible de manifester son mécontentement directement au pouvoir politique, comme c'est le cas en 1774. En effet, des protestations se sont élevées au sein des Conseils à propos de la parcimonie avec laquelle les personnes sont assistées; à cette occasion, le syndic est chargé par la direction de défendre le point de vue de l'institution auprès du Petit Conseil, tandis que le pasteur doit le défendre devant la Compagnie des pasteurs<sup>74</sup>. Nul ne sait si ces récriminations ont changé la nature et surtout la générosité en faveur de l'assistance, mais cela prouve qu'il est possible d'exprimer sa

<sup>72</sup> Sur ce sujet, voir PIUZ 1969, pp. 71 à 81.

<sup>73</sup> PIUZ 1969, p. 74.

<sup>74</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 259, 7.12.1774.



façon de penser. A condition d'être riche et d'avoir du caractère, le deuxième moyen est certainement plus efficace, puisqu'il consiste à refuser de contribuer à la collecte, qui n'est de fait pas obligatoire. Deux citoyens s'y sont essayés pour des raisons différentes. Monsieur Tronchin-Boissier, en 1757, explique que s'il n'a rien donné à la collecte, ce n'est pas par mauvaise volonté, mais c'est pour inciter la direction à trouver des moyens efficaces pour expulser des environs de la ville les mendiants qui excèdent les particuliers, notamment ceux qui avoisinent la campagne de la Boissière<sup>75</sup>. Il se propose donc d'employer l'argent destiné à la collecte pour chasser ces indésirables. La direction décide alors d'écrire à Monsieur Tronchin-Boissier pour lui demander par quels moyens les expulser, et «s'il y en a des praticables», elle les adoptera volontiers. Tronchin répond qu'il faudrait ouvrir une maison de force pour faire travailler les mendiants, mais réalisant les inconvénients que cela engendrerait, il préfère se servir de moyens plus efficaces, ajoutant que s'il lui reste ensuite de l'argent, il le versera à l'Hôpital<sup>76</sup>. On ne connaît pas la nature du projet, certainement radical, que Tronchin envisage d'entreprendre à l'égard des mendiants, mais on ne peut que constater les limites des directeurs, qui n'ont aucun moyen d'aller contre sa volonté, ni même de l'obliger à participer à la collecte. Monsieur de Chapeaurouge, de Pressy, deuxième réfractaire à la collecte, a refusé de répondre à l'appel des directeurs en 1810, en raison de mauvais soins administrés à un malade qu'il avait lui-même envoyé à l'Hôpital, et pour lequel il avait payé. Son témoignage n'est pas arrivé jusqu'à nous, contrairement à une lettre qui lui a été envoyée à cette occasion. L'administration regrette que Monsieur de Chapeaurouge ne se soit pas plaint directement à elle, expliquant la nature de son mécontentement, ce qui aurait été plus constructif; elle ajoute: «Où en sommes-nous, Monsieur, si nos amis conservent des ressentimens sans nous donner des informations? Où en sommes-nous si les bienfaiteurs de l'Hôpital nous abandonnent quand les revenus ne répondent plus aux charges?»<sup>77</sup>. Ces deux exemples illustrent bien le caractère particulier des reproches adressés à l'institution, chacun des deux «mauvais payeurs» réagissant pour des raisons qui leur sont propres, et ne s'attaquant pas aux options générales de la direction. En effet, si les mendiants n'avaient pas été dans les alentours de la campagne de Monsieur Tronchin-Boissier, il n'aurait probablement pas opéré cette action de protestation. Quant à Monsieur de

<sup>75</sup> Dont le nom rappelle celui du protestataire.

<sup>76</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 78 et 80, 22 et 25.5.1757.

<sup>77</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, p. 124, lettre du 25.6.1810.

Chapeaurouge, il proteste contre les mauvais soins reçus par une de ses connaissances, et non pas contre une médiocre prise en charge des malades en général.

Lors de la restructuration de l'Hôpital, en 1798, qui dès lors ne dépend plus directement du pouvoir politique, « la Société constate qu'on lui délègue tout pouvoir, elle s'impose elle-même de rendre ses comptes publics », et ce chaque année. A cet effet, douze citoyens sont choisis, « avec l'intention de varier leur choix de manière qu'il y en ait dix nouveaux chaque fois », afin de soumettre « à leur inspection les résultats » de l'année écoulée<sup>78</sup>. Si cela ne donne toujours aucun pouvoir à la population en général, cette décision a le mérite, ou offre l'illusion de vouloir créer un lien entre les Genevois et l'Hôpital, probablement toujours dans l'optique d'intéresser les habitants et surtout de les rendre concernés par cet organisme de charité. Quoi qu'il en soit, l'argent reste toujours le moteur d'une entreprise, quelle qu'elle soit, et à cet égard, les Genevois sont, qu'ils le réalisent ou non, partie prenante et non négligeable de la gestion de l'Hôpital.

En conclusion de cette première partie, on peut retenir que trois forces, d'importance inégale, animent l'Hôpital. Le pouvoir politique est incontestablement le moteur et l'élément de contrôle le plus puissant, puisque dix membres sur onze appartiennent aux différents Conseils, et sont placés sous la domination d'un des syndics de la ville. La Compagnie des pasteurs joue, semble-t-il assez harmonieusement, le rôle de garde-fou, avec la présence de l'un des ministres au sein de l'administration, présence réactivée au tout début du XIX<sup>e</sup> siècle. L'autorité qu'a encore cette Compagnie à l'époque permet de penser que cette seule présence a obligé le pouvoir politique à composer avec ses principes à elle, et accorde au pasteur un droit de regard sur ce qui se passe réellement au sein de l'institution, comme nous le verrons dans la dernière partie de ce chapitre. La population, si elle n'a aucun pouvoir décisionnel, n'en demeure pas moins partie prenante, dans le fait qu'elle contribue massivement, plus ou moins de bon gré, à l'apport financier. Un tableau relevant le montant des collectes effectuées entre 1780 et 1814, révèle que, excepté entre 1793 et 1803, la somme récoltée est relativement stable et élevée. Peut-on en conclure, avec W. Zurbuchen, que « le peuple genevois, sachant bien que le bon fonctionnement de cette institution était essentiel pour une sage gestion de la cité, répondait toujours avec générosité à l'appel qui lui était adressé année après année » ?<sup>79</sup> Certes, la population est concernée par

<sup>78</sup> Rapport sur la Société de Bienfaisance, 1799. (Brochure imprimée).

<sup>79</sup> ZURBUCHEN 1985b, p. 322.

l'institution, mais la pression opérée par la direction et la Compagnie des pasteurs n'est de loin pas étrangère à cet élan de générosité. Si le sermon annuel en faveur de dons versés à une institution charitable n'est pas une caractéristique genevoise<sup>80</sup>, en revanche, la collecte «obligatoire» en est une.

## B. Les initiatives médicales prises par la direction

La proportion de malades par rapport aux valides connaît une réelle progression au cours de la période étudiée, sans pour autant envahir entièrement l'Hôpital. En d'autres termes, la fonction médicale de l'institution empiète petit à petit sur sa fonction sociale, bien que ces deux facettes de l'établissement cohabitent encore pendant une bonne partie du XIX<sup>e</sup> siècle, et demeurent toujours indissociables. Les directeurs sont par conséquent amenés à multiplier leurs actions, non seulement dans le domaine de la gestion d'une entreprise, comme nous l'avons vu plus haut, mais aussi dans les secours administrés, qu'ils soient médicaux ou sociaux.

Les quelques lignes suivantes vont nous permettre de focaliser notre attention sur les décisions prises et les réflexions menées par la direction en relation avec les malades ou les maladies.

### 1. *La liberté et la curiosité*

Ces deux termes illustrent bien ce qui dicte l'attitude de certains directeurs dans l'exercice de leur charge à l'égard des malades. C'est ainsi que le receveur Jean Mallet<sup>81</sup> s'intéresse un jour au problème posé par la mortalité infantile; en 1761 il décide alors d'effectuer une étude sur les causes de décès des enfants morts l'année précédente, et constate que sur 640 décès, 126 meurent de convulsions. Il propose alors à ses collègues de poursuivre ses recherches sur le sujet, afin de mieux comprendre le phénomène<sup>82</sup>. Cette question ne laisse plus aucune trace dans les Délibérations, et par conséquent, nul ne sait si cette étude eut un quelconque aboutissement concret relativement à la mortalité infantile. Cependant, cet exemple illustre bien, et la curiosité de Mallet, et sa liber-

<sup>80</sup> A Londres, des sermons annuels sont également proclamés; voir ANDREW 1991, p. 83.

<sup>81</sup> C'est-à-dire le trésorier.

<sup>82</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 53, 18.1.1761.

té de réflexion dans un domaine dans lequel il n'est nullement spécialisé. En effet, personne ne semble s'étonner que ce directeur s'intéresse à cette question. Il est d'ailleurs, à ce propos, important de relever qu'aucun des procureurs n'est spécialement habilité à la prise en charge des malades, ce qui prouve, si besoin était, que le rôle de la direction, et plus généralement l'Hôpital, consiste à répondre à une détresse, qu'elle soit d'ordre moral, physique ou social. Toutefois, cet état de fait permet à chacun de laisser libre cours à la réflexion, réflexion d'ailleurs alimentée par diverses publications, et notamment par la *Bibliothèque britannique*. Ce « journal scientifique et littéraire », créé à Genève en 1796 par Charles Pictet de Rochemont, Marc-Auguste Pictet et Frédéric-Guillaume Maurice, ancien directeur de l'Hôpital, est destiné à diffuser en terre francophone les nombreuses publications anglaises<sup>83</sup>, dont l'importance pour les procureurs est à juste titre soulignée par W. Zurbuchen<sup>84</sup>.

#### a) *Le pasteur et l'épileptique*

Bien que peu nombreux dans l'institution<sup>85</sup>, les épileptiques font l'objet de la curiosité de plusieurs directeurs, probablement parce qu'il s'agit d'une « maladie tellement extraordinaire, tellement au-dessus de toute intelligence et de toute explication relativement à ses causes et à ses symptômes »<sup>86</sup>.

Ainsi, en 1753, Antoine Marcet, l'un des directeurs, a lu dans un journal parisien qu'un nommé Levrier, distillateur du roi, a, au moyen d'un nouveau remède, radicalement guéri 53 épileptiques sur les 58 qui avaient participé à une expérience. La direction décide alors de lui demander les remèdes à titre d'essai, avec le mode d'emploi<sup>87</sup>. La tentative ne semble pas s'être soldée par une réussite, du moins plus rien n'est mentionné à ce sujet. Toutefois, les directeurs ne se sont pas laissés décourager et demandent quelques mois plus tard à Jacques Bonardet, présenté par le pasteur Gallatin comme un guérisseur de cette maladie, des informations sur son traitement. Là encore, rien n'indique que cette demande ait abouti<sup>88</sup>. Quelques années plus tard encore, Jean Mallet, toujours lui, apprend qu'un pasteur bernois a

<sup>83</sup> BARBLAN 1975, pp. 129 à 146.

<sup>84</sup> ZURBUCHEN 1985b, p. 309.

<sup>85</sup> Moins d'un épileptique par année a été hospitalisé.

<sup>86</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 12, p. 510.

<sup>87</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 316 et 326, 11.2. et 11.3.1753.

<sup>88</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 408, 20.2.1754.



un très bon remède contre l'épilepsie; il prend contact avec le ministre qui lui révèle qu'il obtient de très bons résultats, qu'il veut bien envoyer son remède pour quelques malades, moyennant deux écus par mois par malade «payables d'avance»<sup>89</sup>. Un mois plus tard, la direction lui envoie un rapport rédigé par les médecins, rapport qui concerne trois épileptiques, en lui demandant s'il peut faire quelque chose pour eux; il répond qu'il peut prendre en charge deux des trois malades en question<sup>90</sup>. Plusieurs lettres sur ce sujet sont destinées au ministre; elles touchent divers malades souffrant du «mal caduc»<sup>91</sup>, et contiennent des descriptions détaillées de l'état de certains patients, atteints, comme un certain Albasagé, de paralysie et de tremblement surtout de la mâchoire; dans ce cas, la description est rédigée par le directeur et non par les médecins<sup>92</sup>. Les qualités thérapeutiques du ministre bernois semblent avoir fait défaut, si l'on en croit le silence qui l'entoure après cette dernière tentative. Trois ans plus tard, un autre directeur entend qu'une veuve de Satigny soigne avec succès les épileptiques, et propose de prendre de plus amples renseignements<sup>93</sup>; la réponse ne figure pas dans les registres, qui d'ailleurs n'indiquent plus rien concernant cette maladie.

Ces exemples nous montrent que les procureurs ne restent pas passifs face à certaines maladies, et cherchent dans toutes les directions un soulagement pour ces malades. Les différentes publications, ou encore une simple rumeur, suffisent à les mobiliser dans un sens ou dans un autre, à tester les multiples remèdes proposés par divers individus. À cet égard, il est important de souligner la liberté de la direction face à ce que l'on appellerait aujourd'hui la médecine officielle. En effet, dans la société du XVIII<sup>e</sup> siècle, les médecins et chirurgiens ne sont de loin pas les seuls dispensateurs de soins possibles, et les décisions prises par la direction, qui fait appel à toutes sortes de thérapeutes, en témoignent aisément<sup>94</sup>.

#### *b) Libre recours à divers thérapeutes*

En effet, l'épilepsie n'est pas la seule maladie pour laquelle les directeurs font fi du corps médical, en faisant appel à un pasteur bernois en

<sup>89</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 201 et 212, 23.6. et 11.8.1762.

<sup>90</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 244 et 251, 14.11 et 8.12.1762; Ah 2, p. 228-229, lettre à Ehrhart du 19.11.1762.

<sup>91</sup> Autre nom pour l'épilepsie.

<sup>92</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 2, p. 234, 22.3.1763.

<sup>93</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 154, 27.7.1767.

<sup>94</sup> Cette attitude illustre également la légèreté de l'empreinte laissée par le corps médical à l'Hôpital durant cette période, et dont il sera question dans le chapitre n° 4.



l'occurrence. Il s'agit là d'un sujet qui sera abordé dans le chapitre relatif au corps médical, et mon propos n'est pas de le réécrire. J'aimerais simplement souligner dans ce paragraphe le fait que le recours à des thérapeutes qui n'appartiennent pas au corps médical est le plus souvent pris sur l'initiative d'un ou de plusieurs directeurs. Ce sont eux qui décident d'améliorer la formation des sages-femmes, de même qu'ils préfèrent s'adresser à des rhabilleurs pour les cas de luxation ou de foulure, malgré le courroux des chirurgiens<sup>95</sup>. C'est également la direction qui négocie le rachat du remède secret de la fausse rache, maladie qui là encore échappe totalement aux médecins<sup>96</sup>. Ils ont ainsi tout pouvoir de décision et ne ménagent pas leurs efforts pour chercher des remèdes quels qu'ils soient.

L'important n'est pas de répéter ce qui est déjà écrit ailleurs, mais de montrer l'intérêt réel de la direction face à la maladie, un signe comme un autre de détresse. D'ailleurs, les directeurs s'intéressent d'avantage aux pathologies elles-mêmes qu'aux personnes souffrantes; en effet, aucun procureur ne suit la visite quotidienne des médecin et chirurgien de la Maison, et la direction préfère déléguer à l'hospitalier le soin de suivre individuellement chaque malade; de ce fait, elle fait preuve de plus de curiosité que d'empathie. Apporter des réponses à des problèmes posés, la maladie en étant un parmi d'autres, tel est son objectif, mais en aucun cas prendre concrètement en charge des patients, rôle dévolu au personnel en général. Il n'existe en effet aucun contact direct entre le malade et les directeurs, excepté lors de la demande d'admission. La direction ne fournit que les éléments d'ordre plutôt abstrait, de réflexion, ce qui a favorisé au cours de la période étudiée le développement de la santé publique. En effet, tandis que le médecin ou le chirurgien, dans une faible mesure, mais surtout le pasteur, l'hospitalier et le personnel soignant tentent d'offrir des réponses à la maladie comme problème individuel, la direction cherche des réponses face à la maladie comme problème collectif et global.

## 2. *Un accent sur la santé publique*

C'est donc dans le domaine de la santé publique que la direction a pris le plus d'initiatives dans la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, à l'unisson avec de nombreuses institutions en Europe, et notamment en matière d'hygiène intra-hospitalière.

<sup>95</sup> Voir chapitre n° 5.

<sup>96</sup> Voir chapitres n° 2 et 4.

a) *Importance de l'hygiène*

La question de la contagion est un problème tel qu'«il n'est aucun point en médecine qui l'emporte sur celui-ci en obscurité, comme il n'en est aucun dont l'importance soit plus grande: sur aucun non plus, on n'a avancé autant d'hypothèses aussi opposées les unes aux autres, et aussi promptement renversées»<sup>97</sup>. Ce constat n'empêche pas les directeurs d'essayer continuellement de parer aux inconvénients d'une surpopulation hospitalière. C'est ainsi que depuis le début du XVIII<sup>e</sup> siècle, il est prévu de loger les malades séparément des gens sains<sup>98</sup>, volonté qui avait été clairement exprimée en 1699 lors de la planification du nouvel Hôpital par le pouvoir politique, qui recommande de «mettre en état quelque appartement convenable pour y placer les malades, en sorte que chacun puisse avoir son lit séparé»<sup>99</sup>. Les archives ne révèlent pas pourquoi le Petit Conseil préconise la séparation des malades; il est probable que la question de la contagiosité, et de l'hygiène en général, plus que celle de la morale, soit à la base d'un tel souhait, si l'on songe que les maladies de la peau, et notamment la gale, sont nettement plus fréquentes que les autres affections. Précisons que le «doublage» n'est pas l'apanage de l'hôpital, et se pratique également dans d'autres locaux collectifs, comme certaines auberges, pensionnats ou casernes<sup>100</sup>. L'institution genevoise est assez précoce dans son désir de ne placer qu'un seul malade par lit, désir qu'elle a d'ailleurs réussi à réaliser la plupart du temps si l'on en croit le rapport d'Abraham Joly relatif à la restructuration des chambres de malades en 1789; il révèle en effet que le plus souvent, le nombre de lits réservés aux malades est suffisant, sauf en cas d'épidémies exceptionnelles<sup>101</sup>. Toutefois, d'autres institutions adoptent la même attitude, comme celle de Dijon, qui en 1681 déjà, a aussi édicté un règlement visant le même objectif, décrétant de surcroît le refus d'accueillir les passants au cas où le nombre de lits ne serait pas suffisant pour les malades hospitalisés<sup>102</sup>. A Bamberg, lors de la construction du nouvel hôpital, dans les années 1780, il est prévu d'accueillir «agréablement» 120 malades, chacun bénéficiant de son propre lit<sup>103</sup>. A Paris, en revanche, il faut payer le luxe de dormir tout seul dans un lit<sup>104</sup>.

<sup>97</sup> Comme l'écrit l'auteur de l'article «contagion» dans PANCKOUCKE 1812-1822, p. 46 de la deuxième partie.

<sup>98</sup> CAHIER-BUCCELLI 1979, p. 83.

<sup>99</sup> Cité par ROTH-LOCHNER et FORNARA 1985, p. 182.

<sup>100</sup> Voir BOLOTTE 1968, p. 268.

<sup>101</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 249-250, 24.5.1789.

<sup>102</sup> Voir BOLOTTE 1968, p. 268.

<sup>103</sup> MARKUS 1790, p. 99.

<sup>104</sup> Voir BOULLE 1982, p. 39.

Mais les efforts des directeurs ne s'arrêtent pas là, et ils essaient constamment de séparer les patients qu'ils supposent atteints de maladies contagieuses des autres malades. C'est ainsi qu'en 1765, le directeur Horace-B. Perrinet-Des Franches propose de séparer des femmes malades celles qui sont sur le point d'accoucher<sup>105</sup>. Une vingtaine d'années plus tard, la direction refuse de céder à l'hôpital militaire une chambre qu'elle a destinée à ceux qui sont «encore un peu malades»; elle défend donc ses convalescents et exprime à cette occasion ses regrets de n'avoir pas plus de place pour pouvoir séparer les contagieux, nommément les galeux, des autres patients<sup>106</sup>. L'année suivante, sous l'impulsion du directeur Pierre Martin, il est également décidé d'isoler les vénériens presque guéris des autres, pour «éviter le mauvais air que cause le frotage des véroles»<sup>107</sup>.

Ces exemples témoignent de la volonté des directeurs de séparer les différentes maladies; néanmoins, ce désir est suffisamment souvent exprimé pour suggérer la précarité de son application. En effet, s'il s'était agi d'une politique de long terme, mûrement réfléchie, la question serait résolue une fois pour toutes. Il semble plutôt que nous ayons affaire à des décisions prises à l'instigation de l'un des membres de la direction, mises en pratique de manière empirique, et probablement sujettes à changement lorsqu'une autre décision se profile. Un certain mouvement continu devait avoir lieu au sein du département des malades, mouvement difficile à suivre pour le chercheur. Cependant, un inventaire succinct de 1816 (et non une simple décision de la direction) montre qu'il y a une séparation cette fois distincte entre les blessés, les fiévreux (dont on parle pour la première fois), les galeux, les vénériens, et certains aliénés<sup>108</sup>. Cela étant dit, d'autres directeurs d'hôpitaux ne témoignent pas de la même préoccupation<sup>109</sup>, notamment ceux de l'hôpital de Bordeaux qui avouent dans un questionnaire qui leur est envoyé que dans leur institution, «toutes les maladies sont confondues»: poitrinaires et scorbutiques cohabitent avec les galeux, ce qui implique que tous les patients finissent par avoir la gale<sup>110</sup>. En revanche, les hôpitaux anglais sont plus efficaces dans ce domaine, et c'est à Chester que l'on a, en 1774, «l'heureuse idée de séparer des autres malades ceux qui sont atteints de typhus (fièvres malignes et contagieuses); idée qu'on s'est empressé depuis d'adopter

<sup>105</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 14, 27.11.1765.

<sup>106</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 14, 11.9.1785.

<sup>107</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 52, 17.5.1786.

<sup>108</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, pp. 420-421, 13.5.1816.

<sup>109</sup> Comme ceux d'Auxerre, et même les fameux Hospices de Beaune; voir BOLOTTE 1968, p. 269.

<sup>110</sup> FOUCAULT 1979, p. 88.

dans d'autres hôpitaux»<sup>111</sup>. C'est dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle que les hôpitaux lyonnais mettent l'accent sur la séparation des différentes maladies, avec aussi quelques difficultés à mettre en pratique cette volonté<sup>112</sup>.

Le « mauvais air », lié aux problèmes de la contagion, constitue une des autres préoccupations de la direction, qui prend quelques mesures pour assurer une meilleure qualité de l'air dans les salles de malades. Dans ce domaine, elle s'inscrit entièrement dans « l'air du temps », qui assiste, non seulement, à la découverte du ventilateur en 1735<sup>113</sup>, mais surtout, vers la fin du siècle, à une nette progression de l'hygiénisme hospitalier en Angleterre, en Allemagne ou en Autriche<sup>114</sup>. En effet, l'hôpital de Bamberg prévoit des fumigations<sup>115</sup> quotidiennes, lorsque la nécessité l'impose, de manière à ce que les malades respirent un air « pur » et « sain »<sup>116</sup>. Il est vrai qu'à Genève, les initiatives prises dans ce domaine seront beaucoup plus massives au XIX<sup>e</sup> siècle, notamment pour des questions de mauvaises odeurs, qui ne sont jamais mises en cause dans la période précédente<sup>117</sup>. Cela semble confirmer les propos d'Alain Corbin, lorsqu'il affirme que le seuil de tolérance olfactive s'abaisse entre les années 1760 et 1840<sup>118</sup>.

Toutefois, à deux reprises, les directeurs entreprennent de remplacer toutes les fenêtres de l'Hôpital par des fenêtres « anglaises », en commençant par celles des salles de malades, en 1758 d'abord, puis en 1794<sup>119</sup>. Les Anglais, très pointilleux sur la question de l'aération des salles, ont mis au point un système « de manière à pouvoir aérer parfaitement bien les salles, en y admettant plus ou moins d'air, sans que les malades en soient incommodés »<sup>120</sup>. Quelques années plus tard, le modèle s'est encore perfectionné, si l'on en croit un compte rendu publié dans la *Bibliothèque britannique*, qui relate que les administrateurs de St-Thomas n'ont négligé aucun moyen de perfectionner les ventilateurs, et qu'ils ont en complé-

<sup>111</sup> FLAJANI 1811, p. 62.

<sup>112</sup> FAURE 1988, p. 382.

<sup>113</sup> VIGARELLO 1993, p. 178. Le ventilateur est souvent utilisé dans les hôpitaux anglais, comme celui de Bristol dont « les salles, destinées aux malades sont vastes, bien aérées, pourvues de ventilateurs bien imaginés », voir FLAJANI 1811, p. 75.

<sup>114</sup> WALTER 1990, p. 71.

<sup>115</sup> « Dunstschlöße ».

<sup>116</sup> MARKUS 1790, p. 102-103.

<sup>117</sup> WALTER 1990, p. 69.

<sup>118</sup> Relevé par WALTER 1990, p. 69; voir CORBIN 1982, pp. 67 et suivantes.

<sup>119</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 258 et 297, 23.4. et 12.7.1758, et Aa 109, p. 246, 1.10.1794.

<sup>120</sup> FLAJANI 1811, p. 66.

ment fait construire des fenêtres « de manière à ce que le châssis supérieur puisse facilement s'abaisser et admettre l'air extérieur, dont le courant est dirigé vers le plafond plutôt que sur les malades, par une planche qui s'élève au bas de l'ouverture, formant avec l'horizon un angle d'environ 45° »<sup>121</sup>. Cet article de 1814 n'a pu influencer les Genevois dans leur entreprise, mais nous montre l'importance accordée à la qualité de l'air dans les hôpitaux, importance qui reste d'actualité durant une partie du XIX<sup>e</sup> siècle, au cours duquel « tous essaient d'abord de purifier l'air et de le faire circuler », non seulement avec une intention thérapeutique, mais d'abord pour l'empêcher de nuire<sup>122</sup>.

La question de l'eau revient moins souvent dans les archives hospitalières, excepté l'allusion à une réparation nécessaire des latrines « des appartements des malades », ce qui nous permet de découvrir que les malades disposent de latrines<sup>123</sup>. Ce n'est qu'en 1794 que la question du bain apparaît, avec la décision d'acheter un fauteuil pour les demi-bains administrés aux malades<sup>124</sup>. Les bains prennent cependant de l'importance, puisque vingt ans plus tard, il est mentionné dans l'inventaire cité ci-dessus la nécessité d'avoir, à la Discipline, une salle de bain qui « se trouvera à portée des malades, auxquels les bains sont indispensables », tandis que pour l'instant, il n'y en a qu'une seule, au rez, éloignée des salles de malades qui « sont exposés à prendre froid en sortant du bain puisqu'ils ont un grand trajet à faire pour retourner dans leurs chambres »<sup>125</sup>. Un inventaire de 1825 confirme la présence de trois baignoires pour le secteur des femmes malades<sup>126</sup>. Cet accent mis peu à peu sur l'importance du bain est issu du courant médical qui se développe à fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, avec « l'usage très fréquent des bains que les médecins ordonnent aujourd'hui dans beaucoup plus de maladies qu'ils ne faisaient anciennement »<sup>127</sup>. Dans cette citation, l'action hygiénique du bain est directement liée à son effet thérapeutique, comme le laisse également paraître l'article « bain » du *Dictionnaire des sciences médicales*<sup>128</sup>. A cet égard, l'institution genevoise ne représente pas une exception, et bien d'autres hôpitaux reconnaissent l'importance du bain en créant également des salles de

<sup>121</sup> Compte rendu d'un livre de Gilbert Blane, médecin de Saint Thomas, *Bibliothèque britannique*, 1814, vol. 56, p. 59.

<sup>122</sup> FAURE 1988, pp. 438 et 437.

<sup>123</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 534, 20.2.1760.

<sup>124</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 217, 2.4.1794.

<sup>125</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 421, 13.5.1816.

<sup>126</sup> AEG, Arch. hosp. Af 5, inventaire de 1825.

<sup>127</sup> J.H. Ronesse, cité par VIGARELLÒ 1985, p. 170.

<sup>128</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, vol. 2, pp. 519 et suiv.



bains à la même époque<sup>129</sup>. A Manchester, à titre de précautions hygiéniques, «dès qu'un malade arrive, on lui ôte ses habits, on le lave avec de l'eau tiède, et on le met au lit»<sup>130</sup>. A la fin de son essai, Flajani insiste sur l'importance des bains dans les hôpitaux, qui doivent être «de toutes sortes, des chauds, des froids, des bains de pluie, des douches ascendantes et descendantes, des bains de vapeurs etc..», décrivant également les différents modèles de baignoires<sup>131</sup>.

Par ailleurs, et toujours en matière d'eau, les différents règlements insistent sur la nécessité de la propreté du linge et des draps; c'est ainsi que «l'hospitière n'épargnera ni les draps, ni les linges nécessaires pour qu'ils soient tenus proprement»<sup>132</sup>. Les sources ne disent pas si cet article a été appliqué à la lettre ou non. La propreté générale de l'Hôpital est d'ailleurs reconnue par l'auteur de l'article «hôpital» du *Dictionnaire des sciences médicales* qui termine ainsi: «J'ai oublié de dire que dans toute la Suisse, principalement à Berne, à Lausanne, à Neuchâtel, à Genève, les hôpitaux sont tenus dans une grande propreté»<sup>133</sup>.

Dans le domaine de l'hygiène, le matériau des lits a une certaine importance, ce que réalisent les procureurs en 1763, quand ils constatent que les lits de bois sont sujets aux punaises et aux teignes<sup>134</sup>. C'est alors que débute, avec l'aval du charpentier certain que le plancher des chambres peut supporter le poids supplémentaire du fer, le renouvellement systématique des lits, renouvellement toujours en cours en 1808<sup>135</sup>. En effet, l'ensemble de l'opération coûte très cher, et comme il faudrait environ 200 lits, la direction en commande vingt pour commencer; le premier lit en fer arrive en 1765, et quarante ans plus tard, l'opération n'est toujours pas terminée, puisqu'une commande de 20 à 25 lits est encore à l'ordre du jour. Dans les hôpitaux parisiens, bien entendu incomparables du point de vue de la capacité hospitalière, le renouvellement des lits commence en 1801, pour se terminer soixante ans plus tard, en 1862<sup>136</sup>. En Angleterre, presque tous les hôpitaux sont munis de lits de fer au début du XIX<sup>e</sup> siècle, excepté celui de St-Barthélemy à Londres<sup>137</sup>.

<sup>129</sup> ANDREWS 1991, p. 73.

<sup>130</sup> FLAJANI 1811, p. 101.

<sup>131</sup> FLAJANI 1811, p. 145.

<sup>132</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, ch. XVIII, art. 4, règlement de 1771.

<sup>133</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 21, article dont l'auteur est Coste.

<sup>134</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 312, 11.5.1763.

<sup>135</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 537, 8.5.1765, et Ab 2, p. 210, 19.4.1808.

<sup>136</sup> BOULLE 1982, p. 38.

<sup>137</sup> FLAJANI 1811, p. 65.

Quelques efforts relatifs à la propreté des salles ont été également fournis, notamment dans la réfection de certains planchers ou encore dans le blanchissement<sup>138</sup> régulier des différentes salles, comme c'est le cas en 1760, date à laquelle tout le troisième étage de la Discipline est blanchi pour le rendre « plus propre et plus sain »<sup>139</sup>.

En bref, comme dans de nombreuses autres institutions, les directeurs se sont montrés sensibles aux différents problèmes posés par l'hygiène, et ont entrepris plusieurs actions importantes dans le but d'en améliorer la qualité. A Genève comme ailleurs, l'Hôpital devient, à son rythme et à des degrés divers « le lieu d'apprentissage d'une hygiène individuelle dont on ne songe guère à prôner la diffusion dans l'espace privé populaire »<sup>140</sup>

#### *b) Espace donné à l'inoculation*

L'inoculation soulève la question intéressante de l'adéquation entre une volonté de la direction hospitalière, et la réponse de la population face à cette volonté.

En effet, seules quelques 35 inoculations et trois vaccinations<sup>141</sup> sont répertoriées dans les registres d'entrées et de sorties, ce qui pourrait nous amener à penser que l'Hôpital ne brille guère par son efficacité dans le domaine de la prévention face à la petite vérole. Cependant, les délibérations des procureurs montrent que cette pathologie est une des maladies qu'ils prennent le plus au sérieux. Le lien qui unit les intellectuels genevois à leurs homologues anglais n'est pas étranger à l'importance accordée à l'inoculation; Abraham Trembley, directeur de l'Hôpital en 1785, est considéré comme « un ambassadeur inofficiel de la pensée anglaise, incluant l'inoculation de la petite vérole », et lors de l'un de ses séjours dans sa ville natale, il persuade certains de ses concitoyens de l'efficacité de ce procédé<sup>142</sup>. Théodore Tronchin, quant à lui, ne se contente pas d'écrire en faveur de l'inoculation, mais fait également inoculer son fils cadet et d'autres personnes parmi ses proches<sup>143</sup>. Quant à Daniel Guyot, chirurgien de l'Hôpital, il effectue

<sup>138</sup> « Crépir, enduire, peindre, blanchir les murs...c'est se cuirasser contre le miasme »: CORBIN 1982, p. 107.

<sup>139</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 577, 18.6.1760.

<sup>140</sup> CORBIN 1982, p. 127.

<sup>141</sup> Il est surprenant de ne relever que trois références relatives à la vaccination dans les archives hospitalières, lorsque l'on connaît le rôle joué par les médecins genevois dans la diffusion de ce nouveau procédé; sur ce sujet, voir GAUTIER 1906, pp. 407 à 416.

<sup>142</sup> MILLER 1957, p. 198.

<sup>143</sup> MILLER 1957, p. 201.

33 inoculations, affirmant dans un rapport qu'il rencontre peu de résistance à cette pratique<sup>144</sup>.

À l'Hôpital, en 1751, après avoir observé que cette affection avait fait beaucoup de ravages l'année précédente, Jean-Jaques Trembley, l'un des directeurs, propose que l'on fasse sur les jeunes gens de l'Hôpital (c'est-à-dire les enfants élevés par l'institution) des expériences d'inoculation, « méthode qui a fait ses preuves en Grande-Bretagne »; la direction demande donc aux médecins de la Maison de rédiger un mémoire raisonné en faveur de l'inoculation<sup>145</sup>. Procéder à l'inoculation sur des enfants recueillis par l'Hôpital n'a rien d'exceptionnel, comme c'est d'ailleurs le cas pour le procédé de la vaccine quelques années plus tard; en effet, cette nouvelle pratique une fois devenue officielle, « les premiers immunisés étaient les enfants trouvés ». Cela se justifie non seulement par une attitude paternaliste et préventive de la part des directions hospitalières, mais aussi par le fait que le nombre élevé d'enfants trouvés offre une facilité pour entretenir le vaccin<sup>146</sup>. Un mois plus tard, suite à la lecture de ce mémoire, le Petit Conseil donne son autorisation pour entreprendre des essais sur ces enfants<sup>147</sup>. D'autres parents se lancent et demandent l'inoculation pour leurs enfants, à l'instar de Marc Turretin, qui confie son filleul pour le faire inoculer, le temps qu'il faudra, dans une chambre « particulière », ce qui est accepté à la condition que l'enfant vienne avec un domestique; le séjour a duré quinze jours<sup>148</sup>. On ne sait pour quelles raisons, ni quand exactement, mais l'usage de l'inoculation disparaît; en effet, une femme du nom de Signoret se heurte à un refus, quand elle demande que l'on accepte une jeune fille pour la faire inoculer, et s'entend répondre que l'établissement n'a pour cela aucun endroit, qu'il est surchargé de malades, et que l'on craint la contagion<sup>149</sup>. Un changement d'attitude s'est opéré, et c'est ce que regrette le pasteur de l'établissement, en 1763, qui décrit avec tristesse les souffrances vécues par ceux qui ont souffert de cette maladie; les directeurs sont sensibles à cette intervention et considérant que « cette méthode avoit été pratiquée avec succès et qu'on en avoit éprouvé l'utilité »<sup>150</sup>, ils décident de la rétablir; vœu pieux qui ne trouve sa réalisation qu'une année plus tard, par manque de place;

<sup>144</sup> MILLER 1957, pp. 201-202, qui ne précise pas si ces inoculations sont effectuées au sein de l'Hôpital ou dans sa pratique privée.

<sup>145</sup> AEG, Arch. hosp. Ad 6, sous la lettre « I » et Aa 102, p. 65, 10.1.1751.

<sup>146</sup> BERCÉ 1984, p. 112.

<sup>147</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 84 et 87, 14 et 21.2.1751.

<sup>148</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 111, 115, 117, 18, 21 et 28.4.1751.

<sup>149</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 234, 8.3.1758.

<sup>150</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 314, 18 et 25.5.1763.

en effet, les locaux réservés à l'inoculation ont été entre-temps envahis par les vénériens; on décide alors de loger les enfants inoculés dans une des chambres des femmes<sup>151</sup>. 1764 compte d'ailleurs dix inoculations parmi les entrées des malades et montre un nouveau revirement face à cette maladie, puisque non seulement cette pratique reprend de l'ampleur à l'égard des enfants de l'Hôpital, mais aussi parce que Jean Vasserot, l'un des directeurs, frappé par le nombre de morts emportés l'année précédente, désire que l'on fasse paraître dans la Feuille d'Avis que l'Hôpital met à disposition une chambre de douze lits pour ceux que l'on ne peut faire inoculer à domicile<sup>152</sup>. Cet avis paraît en mars de l'année suivante, après avoir reçu l'autorisation de parution du Petit Conseil; en voici le texte:

«La quantité de personnes mortes de la petite vérole, pendant l'épidémie qui tend à sa fin, a engagé la noble direction de l'Hôpital général à faire inoculer chaque année, dès à présent un certain nombre des enfans confiés à ses soins. Mais réfléchissant que diverses personnes, quoique dans une situation aisée, ne peuvent faire inoculer leurs enfans, à cause de la petitesse de leur logement ou d'autres embarras domestiques, laditte noble direction estime qu'il était du bien public de faire établir dans l'Hôpital un appartement propre à faire inoculer les personnes qui le desireroit, en remboursant les frais. En consequence, on donne avis au public que dès le printemps de cette année 1765, il y aura à l'Hôpital général un appartement séparé et éloigné de ceux des pauvres malades, dans lequel on pourra inoculer six personnes, lesquelles seront soignées par des domestiques affectés à cet objet, traitées et médicamentées par les docteurs médecins et maîtres en chirurgie de l'Hôpital, et que le traitement entier de la maladie, ainsi que les frais de nourriture et de séjour seront payés au moyen de 31 florins six sols par personne, offrant même de recevoir gratis les enfans dont les pères ne se croiroient pas en état de payer laditte somme»<sup>153</sup>.

N'ayant plus rien de commun avec la vaccination d'aujourd'hui, le processus de l'inoculation nécessite une quinzaine de jours. Il faut en effet d'abord purger l'enfant et le mettre au régime quelques jours, avant de pratiquer l'inoculation proprement dite<sup>154</sup>. On applique ensuite des emplâtres sur l'incision, que l'on change toutes les 24 heures. Même s'il se sent en état de sortir, le malade doit ensuite garder sa chambre, en attendant que les symptômes apparaissent, et ce n'est qu'une quinzaine

<sup>151</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 407 et 411, 18 et 25.3.1764.

<sup>152</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 471, 21.11.1764.

<sup>153</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 515, 3.3.1765.

<sup>154</sup> «Quant à l'opération, on fait aux deux bras dans la partie externe et moyenne, au-dessous de l'insertion du muscle deltoïde, pour ne point gêner la liberté du mouvement, une incision de moins d'un pouce de long, et si peu profonde, qu'elle entame à peine la peau. On insere dans la plaie un fil de la même longueur, imprégné de la matiere d'un bouton mûr et sans rougeur à sa base, pris d'une petite vérole soit naturelle, soit artificielle d'un enfant sain.», TRONCHIN 1765, p. 759b.



de jours plus tard que les plaies commencent à se cicatriser<sup>155</sup>. Ce passage est le premier à exprimer une volonté claire de la direction en matière de santé publique: non seulement les pauvres sont concernés, mais les Genevois plus aisés sont également invités à prendre des mesures contre cette maladie, pour laquelle l'Hôpital se tient à leur disposition. La direction propose même d'inoculer gratuitement des enfants, dont les parents qui, bien qu'ayant un peu d'argent, ne voudraient pas le destiner à l'inoculation; c'est du moins l'interprétation que l'on peut donner à la dernière phrase de ce passage. La question de l'argent, pourtant si présente ailleurs, semble disparaître au profit de la prévention. Cet appel est réitéré à plusieurs reprises, mais aboutit à une déception amère: «On avait prévu une chambre pour inoculer les enfants de famille à l'étroit, ils n'en ont pas profité»; le local qui était donc mis à disposition à cet effet, est à nouveau réservé aux vénériens «qui se multiplient», et les pauvres pourront toujours être inoculés dans la chambre des malades<sup>156</sup>.

En dépit du nombre de personnes emportées par la petite vérole, à Genève comme ailleurs<sup>157</sup>, l'inoculation a beaucoup de peine à entrer dans les mœurs, malgré l'affirmation de Guyot citée plus haut. En 1787, le docteur Odier, dans ses chroniques médicales, insiste plusieurs fois sur l'importance de cette pratique, non seulement pour éviter le danger, mais également pour protéger du malheur moral de la craindre<sup>158</sup>. Le refus face à ce nouveau procédé se retrouve ailleurs également, notamment en France, où il n'est ni pratiqué, ni accepté, là où il pourtant est diffusé<sup>159</sup>; un médecin parisien s'en étonne, en 1801:

«s'il existoit une maladie qui moissonnât le huitième des malheureux qui en sont affectés, et qui déformât, mutilât une partie des victimes qui lui auroient échappé... Qui croiroit que chaque jour ajoutant à l'avantage, à la certitude de ces moyens, l'ignorance et l'habitude tinsent encore asservis à leur joug les trois quarts de l'Europe? Qui croiroit qu'aujourd'hui encore deux maladies terribles, la petite vérole et la rougeole, moissonnent chaque année la partie la plus précieuse des Etats, lorsque des médecins philosophes luttent avec courage contre l'indifférence des gouvernemens, et l'aveugle tendresse des pères et mères, en leur présentant en vain des armes pour détruire des ennemis aussi puissants<sup>160</sup>».

<sup>155</sup> TRONCHIN 1765, p. 759b.

<sup>156</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 186, 7.2.1768.

<sup>157</sup> MILLER 1957, p. 202.

<sup>158</sup> Journal de Genève, n<sup>os</sup> 5, 6, 7, 8, 1, 8, 15, 22.9 1787.

<sup>159</sup> Voir TRENARD 1990, p. 137.

<sup>160</sup> RANQUE 1801, pp. 1-2.



Sans vouloir nécessairement donner raison à Ranque, on peut tout de même se demander la raison d'une si grande résistance de la population face à une solution proposée contre un fléau, que tous ont certainement côtoyé de près. La réponse est à chercher, d'une part, dans une probable méfiance face à la médecine, mais aussi et surtout dans l'effroi que génère la petite vérole<sup>161</sup>. Il faut en effet être très confiant et sûr d'une thérapeutique, pour accepter d'attraper (ou de faire attraper à ses enfants) volontairement la maladie que l'on redoute le plus, même si le médecin affirme avec certitude que la petite vérole contractée par l'inoculation est presque toujours bénigne. Ce n'est pas forcément la crédibilité accordée au corps médical, ni l'incompréhension face à cette technique qui a rendu la population méfiante, puisqu'elle confie souvent sa santé à des empiriques, dont les remèdes sont le plus souvent « secrets » – même l'Hôpital, on l'a vu, ne redoute pas ce genre de remèdes –, mais plutôt l'idée d'attraper la petite vérole par le fait de l'inoculation, alors que tous espèrent bien évidemment passer entre les gouttes du fléau. En effet, comme l'affirme Réaumur, beaucoup de gens passent leur vie sans être touchés par cette maladie, alors pourquoi s'exposer à un risque non nécessaire<sup>162</sup>. L'ambiguïté réside dans le fait que la réponse vise à provoquer la maladie tant redoutée, et d'autre part dans la difficile harmonie entre l'individu et la collectivité, difficulté posée encore, ou de nouveau aujourd'hui, par l'obligation de certains vaccins. Finalement, la fatalité de la maladie constitue pour certains une explication de la passivité de la population face à l'inoculation : « Par son caractère régulier, on s'en était fait une habitude : chacun devait y passer ; en mouraient ceux qui devaient »<sup>163</sup>. Cette réticence est de plus alimentée par le doute qu'éprouve une partie du corps médical ; bien sûr, certains sont convaincus du procédé, et l'écrivent, de même que leurs contradicteurs ; toutefois, le public et parfois le simple médecin ne parviennent pas à trancher entre ces deux attitudes, et préfèrent renoncer plutôt que de prendre un risque à leurs yeux mal calculé<sup>164</sup>.

L'inoculation est le seul projet en matière de santé publique et même de santé en général pour lequel la direction poursuit une politique basée sur l'anticipation, l'élaboration d'une prévention, contrairement aux autres décisions qu'elle prend, généralement en réponse immédiate et empirique face à un problème donné ; dans ce cas, on s'aperçoit qu'elle

<sup>161</sup> En 1796, à Londres, la mort d'une personne sur cinq est attribuée à la petite vérole ; voir MAC KEOWN 1979, pp. 99-100.

<sup>162</sup> MILLER 1957, p. 207.

<sup>163</sup> PETER 1979, p. 251.

<sup>164</sup> PETER 1979, pp. 258 à 263.

prévoit, qu'elle organise une structure sur le long terme, qu'elle met à disposition des locaux spécifiques à l'inoculation, qu'elle prévoit même l'accueil de gens fortunés. Les directeurs montrent une hauteur de vue, un certain recul face à cette maladie, anticipent les questions, sans avoir à réagir dans l'urgence d'une situation donnée. C'est peut-être pour cette raison qu'ils ne se trouvent pas en harmonie avec la population, qui ne répond que mollement à l'offre proposée, et dont la vision est encore d'ordre individuel, tandis que celle des directeurs est déjà d'ordre collectif.

Face aux maladies vénériennes, les procureurs esquissent un même recul, non pas en adoptant une politique du long terme, mais en axant leur action sur un concept de santé publique plus puissant que le principe inspiré de la morale.

### c) *Guérir les vénériens malgré la morale?*

Dès les années 1760, les vénériens sont nombreux dans l'institution, où ils effectuent un long séjour dans des chambres qui leurs sont spécifiquement dévolues. Leur mise à l'écart s'explique en partie par le traitement particulier qu'ils subissent, au moyen des « frotages » mercuriels de leurs lésions, qui nécessitent entre autres choses un feu continu (fig. 6). Malgré le coût supplémentaire engendré par une forte consommation de bois, un régime spécial, un linge fréquemment changé<sup>165</sup>, et en dépit du danger moral qu'ils sont supposés représenter pour les autres hospitalisés, les vénériens continuent d'affluer dans l'institution, parfois même contre leur gré. Et pourtant à deux reprises, des pressions visant à les refuser s'exercent sur la direction.

C'est ainsi qu'en 1798, le comité de distribution<sup>166</sup> propose de refuser les patients atteints de maladies vénériennes, puisque le temps des économies drastiques se fait sentir, et que ces malades sont responsables de leur état de santé; la direction souligne que bien qu'elle partage entièrement ce sentiment, elle entrevoit trop d'inconvénients à la fermeture de ces salles, et affirme la nécessité de continuer les soins des vénériens<sup>167</sup>. Deux ans plus tard, la pression vient du corps médical, en la personne du chirurgien Fine, qui considère qu'une fois guéris, les récidivistes ne

<sup>165</sup> En effet, un malade coûte généralement à l'institution 3 écus par mois, tandis que l'hospitalisation des vénériens revient à 7 écus par mois, et celle des aliénés à 6 écus; AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 108, 13.12.1778.

<sup>166</sup> Commission au sein de l'institution, créée en 1798, composée par le président, le secrétaire, quatre membres de la direction, un pasteur et quatre citoyens; voir PRALONG 1979, p. 15.

<sup>167</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 28, 4.11.1798.

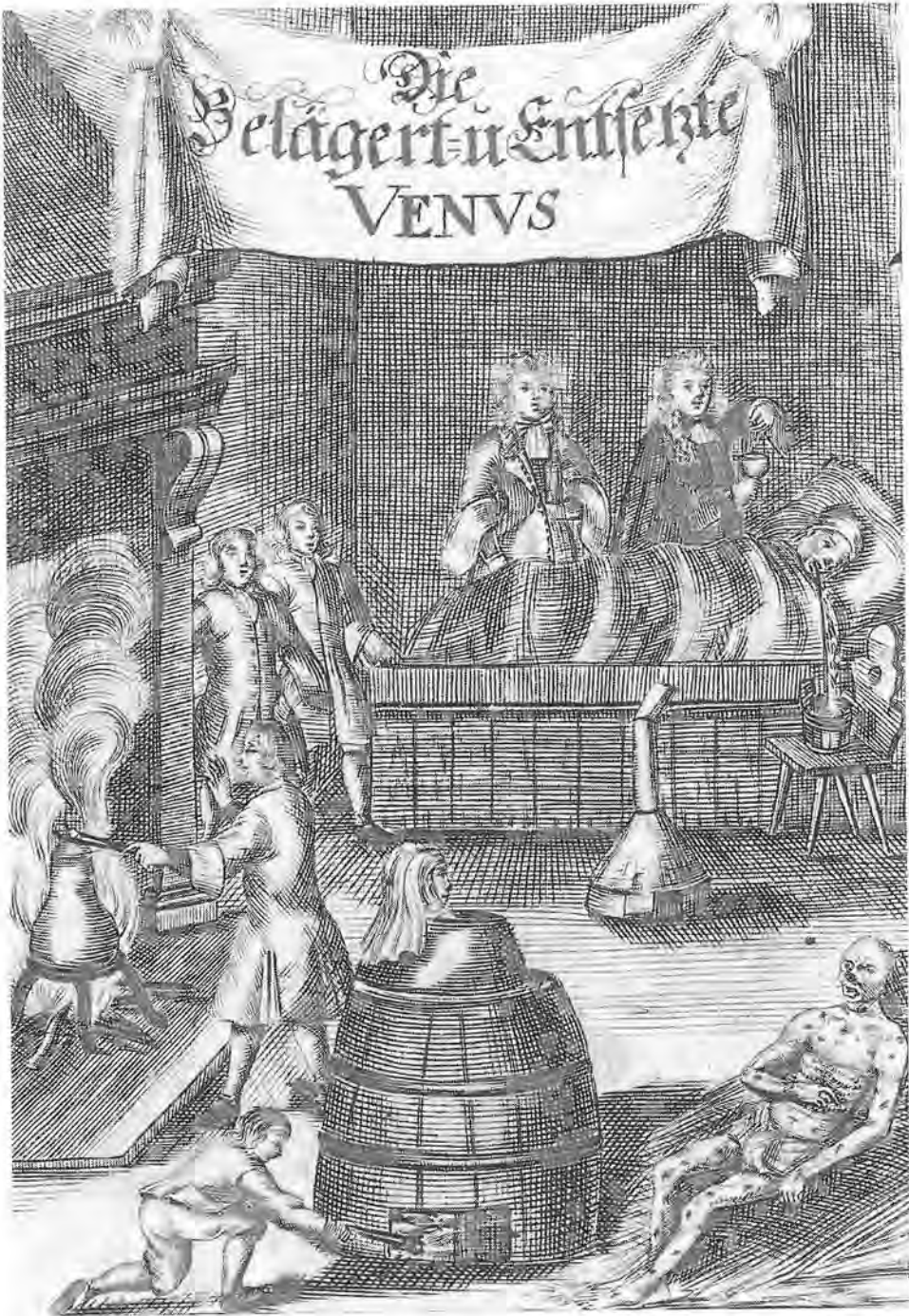


Figure 6 : Traitements administrés aux vénériens en 1689 qui, selon toute vraisemblance, demeurent identiques à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

devraient plus être autorisés à venir, sauf s'ils ont été mal soignés. A ce propos, il s'engage à donner un « verbal » qui attesterait de la guérison. Cette fois, la direction se laisse fléchir, ajoutant qu'elle ne recevra plus les récidivistes, ni ceux qui se sont enfuis en cours de traitement<sup>168</sup>. Un bref regard jeté sur le nombre de vénériens accueillis après cette décision permet de constater que leur nombre est toujours du même ordre. L'idée de voir les vénériens contaminer toute la population genevoise ne sourit guère à la direction, qui préfère encore payer le prix nécessaire à leur traitement, plutôt que de devoir réagir à une plus forte épidémie.

La question de savoir s'il faut ou non soigner les vénériens s'est souvent posée dans d'autres institutions, telles que l'hôpital de la Miséricorde à Marseille, qui a refusé un quart des malades entre 1675 et 1792, après enquête sur leur vie et leurs mœurs, tranchant ainsi entre les coupables et les innocents (enfants, nourrices, femmes de maris débauchés)<sup>169</sup>. Laurent Krüger en conclut que la notion de culpabilité liée aux maladies vénériennes s'estompe avec la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, ce qui ne semble pas être le cas pour Genève<sup>170</sup>. Par ailleurs, d'autres auteurs constatent que les médecins s'insurgent contre la mentalité des administrateurs d'hôpitaux, qui ne devraient, à leurs yeux, plus avoir le droit de refuser les syphilitiques<sup>171</sup>; là encore, Genève, par le truchement du chirurgien de l'Hôpital, ne se montre pas progressiste à cet égard, et se trouve légèrement à contre-courant de ce mouvement.

### 3. *Un regard lucide sur les aliénés*

Dès 1631, l'institution abrite la Discipline, destinée à « l'accueil des mendiants et autres personnes souffreteuses [...] pour y travailler et estre entretenues »; toutefois, selon Vincent Barras, son rôle punitif et correctif est très rapidement primordial<sup>172</sup>. Transformée au même titre que l'Hôpital en 1713, elle devient un bâtiment autonome, mais toujours sous la dépendance de l'institution, comportant un « appartement pour les aliénés » dès 1745, lequel est soumis à un contrôle de l'autorité<sup>173</sup> (fig. 7).

En matière d'aliénation, bien que concernée, la direction est dépassée par le problème que posent ces malades. Ils sont en effet de tout temps

<sup>168</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 134, 3.9.1800.

<sup>169</sup> KRÜGER 1993, t. 2, p. 48.

<sup>170</sup> KRÜGER 1993, t. 2, p. 55.

<sup>171</sup> QUÉTEL 1986, p. 151.

<sup>172</sup> BARRAS 1989a, p. 1000.

<sup>173</sup> BARRAS 1989a, pp. 1002-1003.





Figure 7: Visite d'un hôpital d'aliénés : ici à Bedlam, en Angleterre. A Genève, certains domestiques responsables de l'appartement des aliénés ont été sévèrement blâmés pour avoir fait payer des curieux désireux de visiter un tel appartement.

hébergés par l'institution, tant pour des raisons sociales, médicales, que parfois même répressives, comme il a été décrit dans le chapitre consacré aux malades. Néanmoins, les directeurs ne semblent parfois pas très bien savoir qu'en faire, et lorsqu'ils s'expriment à leur sujet, c'est en général pour constater que leur établissement n'est pas très adéquat à leur égard.

C'est ainsi qu'en 1807, la direction établit le constat suivant dans un rapport destiné au maire de la ville :

« Nous ne faisons pas grand cas de notre Maison pour le traitement des foux ; elle n'est pas assez commode pour mettre au besoin un malade à l'abri du bruit des autres, elle n'a pas l'avantage d'un promenoir agréable et sûr où l'on puisse en rassemblant les aliénés d'esprit, profiter de l'impression heureuse que les uns peuvent faire aux autres, cependant il est assez démontré qu'il s'en guérit un sur trois ».

Elle ajoute qu'aucune méthode particulière de traitement ne leur est dévolue, et que le docteur Dunant, alors médecin de l'Hôpital, agit selon



la diversité des cas, suivant leur sexe et leur tempérament ; cependant, elle n'impose aucun devoir d'économie à Dunant, ce « qui serait dans ses restrictions une véritable inhumanité »<sup>174</sup>. Neuf ans plus tard, un autre rapport rédigé en faveur du préfet fait écho au précédent, dans lequel les directeurs regrettent de ne pouvoir isoler certains malades du bruit engendré par les autres, de l'absence d'un « promenoir agréable », affirmant que leur Maison n'est pas idéale pour le traitement des aliénés<sup>175</sup>. Le même constat d'impuissance avait été avoué dans les années 1780, par Abraham Joly, alors hospitalier, et considéré comme un précurseur de la médecine des aliénés par certains historiens contemporains<sup>176</sup>. Il n'est en effet nulle part fait allusion à une éventuelle thérapie par l'électricité, effectuée dans d'autres institutions dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Il est vrai que toutes les innovations entreprises à l'hôpital Bethleem de Londres le sont sur l'initiative du médecin Thomas Monroe, et non des gouverneurs. A Genève, Charles-Guillaume Dunant, médecin de l'Hôpital de 1789 jusqu'à 1808, n'accorde aux aliénés aucun intérêt particulier, et refuse même la présence du docteur Jean Peschier, qui se propose, avec l'accord de la direction, de prendre en charge ces malades. Les directeurs peu désireux de brusquer Dunant, décident d'attendre « que dans le cas où le médecin actuel de la Maison viendrait à quitter, l'on séparera la Maison des aliénés du reste de l'Hôpital, et qu'elle aura un médecin particulier »<sup>177</sup>.

Dans aucun autre cas, la direction n'affirme aussi clairement ses limites, ni dans aucune autre pathologie. Jamais, elle ne s'exprime en ces termes face aux fiévreux par exemple, dont les succès thérapeutiques ne sont pas forcément meilleurs. Mais le problème de l'aliénation représente un objet d'intérêt, qui constitue une sorte d'os à ronger dont elle ne vient pas à bout. C'est probablement ce sentiment d'inefficacité qui pousse les directeurs à engager le premier médecin spécialiste de l'institution, en la personne d'Antonin Aubert, en 1808<sup>178</sup>. En ce faisant, elle reconnaît au corps médical des compétences qui la dépassent, et lui attribue, par conséquent, un champ de responsabilité bien spécifique. Il en va de même à Lyon, où le premier spécialiste des Hospices Civils est également le médecin des aliénés, et dont la charge est bien entendu beaucoup plus grande que celle de son collègue genevois, au regard de la taille des deux institutions<sup>179</sup>.

<sup>174</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, p. 19, rapport du 1.5.1807.

<sup>175</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 6, p. 8, 19.10.1813.

<sup>176</sup> WALSER 1975, p. 186.

<sup>177</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, pp. 9 et 190, 18.9.1803 et 10.11.1807.

<sup>178</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, pp. 209 et 210, 19 et 26.4.1808.

<sup>179</sup> FAURE 1988, p. 382.

L'hospitalisation des malades est un des centres de préoccupation de la direction de l'Hôpital genevois, qui par ailleurs est destiné à d'autres fonctions. Contrairement à leurs collègues d'autres établissements, tel que celui de Bamberg dont la capacité est égale à l'institution genevoise mais est entièrement destiné à l'accueil des malades, et dont les directeurs peuvent se consacrer totalement aux problèmes qu'ils posent, les administrateurs genevois voient leurs forces éparpillées dans une multitude de secteurs très différents les uns des autres. Mais cela ne les empêche pas de donner une certaine dynamique médicale (le terme de médical devant être pris au sens large du terme) dans quelques domaines; c'est ainsi que des nouvelles méthodes thérapeutiques sont essayées, que des mesures d'hygiène sont prises, au gré des lectures effectuées, de l'argent disponible. Deux catégories de maladie, bien représentées au sein de l'établissement, les obligent à prendre position; en effet, malgré leurs réticences et quelques pressions, les directeurs s'engagent à soigner les vénériens pour éviter une contamination urbaine; en revanche, l'aliénation, malgré leur intérêt, les laisse dans une perplexité qui les amène à s'en décharger sur le corps médical.

Excepté la proposition de donner une chambre pour les femmes sur le point d'accoucher, et quelques préoccupations émises par la direction relatives à la formation des sages-femmes, il faut relever ici le manque d'initiatives prises en faveur du développement de l'obstétrique, en dépit du nombre croissant d'accouchements dans l'Hôpital, développement qui pourtant voit le jour dans d'autres institutions à cette époque<sup>180</sup>, notamment en Angleterre, à Vienne ou encore à Göttingen<sup>181</sup>.

### C. A proximité des malades

Bien que concernée par les maladies et les malades, la direction garde toujours une distance par rapport aux patients hospitalisés. Son rôle consiste essentiellement à réfléchir et à prendre des décisions, sans toutefois les appliquer «sur le terrain». C'est pourquoi elle a besoin de relais pour la mise en pratique des options qu'elle adopte, relais sans lesquels son travail deviendrait totalement inutile. Deux personnages jouent alors ce rôle intermédiaire, l'un, essentiel, en la personne de l'hospitalier, représentant la direction en général, l'autre, un peu moins présent, mais néanmoins important, incarné par le pasteur-résident, non seulement

<sup>180</sup> Sur ce développement, voir GÉLIS 1984.

<sup>181</sup> FLAJANI 1811, pp. 106 à 116.

chargé de la surveillance des mœurs dans l'institution, mais dont la fonction consolatrice peut avoir une prise directe sur la tranquillité des malades.

### 1. *La direction n'est rien sans l'hospitalier*

La structure de l'Hôpital est organisée de telle manière que l'hospitalier participe aux réunions bihebdomadaires, mais sans pour autant avoir une voix consultative. C'est ainsi qu'il peut participer aux débats, éventuellement donner son avis, parfois et même souvent soulever les problèmes, proposer des solutions, mais sans aucun pouvoir de décision. Quelles que soient ces dernières, il est en revanche chargé de veiller à leur application, portant ainsi la responsabilité de la bonne marche de la Maison.

L'hospitalier, dont la fonction dure six ans, incarne en quelque sorte le gérant de l'Hôpital. Sa tâche est tellement écrasante qu'avant d'endosser cette responsabilité, il est tenu de renoncer à tout ce qui pourrait le retenir à l'extérieur de l'établissement, notamment de mettre en amodiation d'éventuels biens ruraux qui seraient en sa possession. C'est ainsi qu'il doit être attentif à tout ce qui relève du domaine administratif, en surveillant le rendement des différentes propriétés hospitalières, et notamment les rentrées de grains et de vins, en gardant le contrôle des produits fabriqués à l'intérieur des murs, dans les boutiques du tailleur et du cordonnier. À cet effet, il est responsable de l'approvisionnement de la Maison en cuir et en tissu. Mais cette charge purement matérielle n'est qu'une infime partie de son travail, en regard des efforts de relations humaines qu'il doit fournir. Chef du personnel, il a sous ses ordres tous les gouverneurs, gouvernantes, domestiques, cuisinières, jardiniers, lessiveuses, valets d'écurie et autres employés, ce qui représente une petite centaine de personnes à surveiller. Et finalement, il connaît, accueille et visite tous les pensionnaires, valides ou malades<sup>182</sup>. Bien évidemment, cette fonction implique le déménagement de toute la famille dans l'institution, dans laquelle un appartement lui est réservé au premier étage, comportant une chambre « avec l'œil de bœuf », une chambre à coucher, une salle à manger, une cuisine, et la « chambre des servantes », plus quelques chambres à l'entresol<sup>183</sup>.

<sup>182</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, chap. IX, règlement de 1771.

<sup>183</sup> AEG, Arch. hosp. Af 3, inventaire de 1759.

a) *Une vocation impliquant toute la famille*

Un seul homme ne suffit pas à remplir cette fonction et le plus souvent, la femme de l'hospitalier le seconde activement dans son travail, sans compter les enfants qui seraient en âge de l'aider. C'est ainsi que Barthélemy Du Pan, sur le point de devenir hospitalier en 1751, informe la direction qu'aucun de ses enfants n'est en âge d'aider sa femme, mais que Mademoiselle Caille serait disposée alors « à partager les soins et les peines » de son épouse, si les procureurs l'y autorisent ; ces derniers donnent leur accord, précisant qu'ils prendront en charge le coût provoqué par la pension de la nouvelle venue, sans toutefois lui payer son salaire qui devra sortir de la poche de Du Pan<sup>184</sup>. En outre, tous les membres de la famille sont tenus de prêter serment devant la direction, comme l'indiquent clairement les règlements :

« La femme de l'hospitalier prêtera serment au commencement de chaque année entre les mains de l'assemblée, de s'acquitter fidèlement de son administration, de s'employer de tout son pouvoir pour l'économie et l'avantage de l'Hopital, et d'avertir l'assemblée de tout ce qu'elle jugera être au préjudice de la Maison, leurs enfants qui sont en âge de prêter serment le feront de même »<sup>185</sup>.

De plus, comme son mari, elle passe à la fin de chaque année devant l'assemblée, pour le grabeau annuel, seul vestige qui permette au chercheur de cerner les qualités requises pour cette fonction.

C'est ainsi que les messieurs montrent généralement les qualités essentielles requises pour ce rôle, à l'instar de Jean-Louis Prévost dont l'intelligence, l'exactitude, les « lumières », l'application et le désintéressement sont relevés en 1774<sup>186</sup>. Jean Flournois quant à lui « sait bien concilier ce que l'humanité réclame pour les pauvres avec le bon ordre nécessaire à cette Maison »<sup>187</sup>, de même que Pierre Dansse qui « sait se faire craindre et chérir », tandis que sa femme est « un mélange de douceur et de fermeté »<sup>188</sup>. En bref, zèle, activité, humanité, fermeté, douceur, intelligence, exactitude, sens de l'économie, probité, sont autant de qualités requises pour cette charge, qualificatifs que nous retrouvons pour la plupart dans le chapitre consacré au personnel soignant, et qui reflètent bien les différentes facettes symbolisant l'hospitalier idéal.

Au tournant du siècle, ce rôle change un peu de couleur, et ne constitue plus une « espèce de magistrature », qui comme pour la place de directeur,

<sup>184</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 127, 128, 132, les 2.6 et 13 juin 1751.

<sup>185</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, 1771, chap. IX, art. 8.

<sup>186</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 265, 28.12.1774.

<sup>187</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 43, 31.12.1777.

<sup>188</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 180, 6.1.1768.

pouvait représenter un tremplin vers une carrière politique. La direction elle-même avoue que cette fonction « doit donc être envisagée sous un autre point de vue<sup>189</sup> ». Cependant, en 1799, alors que le nouveau règlement prévoit moins d'avantages pour cette fonction, notamment par la suppression de la table de l'hospitalier, la réduction de son salaire, et par l'octroi d'un domestique au lieu de deux, douze candidats se proposent tout de même pour ce poste<sup>190</sup>; Isaac Boidard sera retenu, mais sa mort en 1803 change définitivement la tradition séculaire. En effet, sa femme va le remplacer, aidée de sa fille et d'une nièce<sup>191</sup>, jusqu'en 1812, date de la mort de l'épouse Boidard; c'est ensuite la fille et l'une de ses cousines qui reprennent cette charge<sup>192</sup>, que le hasard, plus qu'une vision politique, a féminisée.

#### b) *L'hospitalier et les malades*

« Que l'hospitalier soit tenu de fere souvent la visitation des malades pour sçavoir dire le dimanche aux sieurs procureurs comment ils se portent, lequel d'iceux est gueri ou gist au lict malade, ou est mort<sup>193</sup> ». Dès 1607, l'hospitalier est ainsi revêtu de la responsabilité des malades hospitalisés. Cette fonction est réaffirmée dans tous les règlements ultérieurs, approximativement dans les mêmes termes; en 1699, il est ainsi prévu que l'hospitalier ou sa femme doivent visiter tous les jours les malades, « affin de pourveoir à leurs besoins et les faire servir tant pour la nourriture que pour la propreté du corps »<sup>194</sup>. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, l'hospitalier, – ou les hospitalières – doivent s'adapter au mouvement imprimé par la direction en faveur des malades, qui affirme noir sur blanc dans son rapport de 1799: « Nous plaçons l'Hôpital proprement dit au second rang entre les charges de la Maison de charité, il paroît sous ce point de vue, l'objet le plus intéressant de la bienfaisance »<sup>195</sup>. C'est pourquoi, dans le règlement de 1833, la surveillance des malades n'est pas seulement recommandée, mais elle est désormais précisée de la manière suivante:

« Les salles des malades sont l'un des principaux objets de sa surveillance et de sa sollicitude. Il doit prendre les mesures les plus promptes et les plus efficaces pour

<sup>189</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 84, 12.2.1805.

<sup>190</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, pp. 53 et 55, 25 et 28.1.1799.

<sup>191</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 363, 9.3.1803 et Ab 2, p. 84, 12.2.1805.

<sup>192</sup> ZURBUGHEN 1985b, p. 309.

<sup>193</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 1, fol. 1 v., règlement de 1607.

<sup>194</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 2, p. 10, règlement de 1699.

<sup>195</sup> *Rapport de la Société de Bienfaisance*, Genève, 1799, brochure imprimée.



s'assurer lui-même 1) que les malades soient traités avec douceur, humanité et une vraie charité; 2) qu'ils reçoivent sans délai les secours et encouragements spirituels qu'ils peuvent désirer; que les prescriptions et ordonnances des médecins et des chirurgiens soient promptement et exactement suivies»<sup>196</sup>.

Il est difficile de savoir si les différents hommes qui se sont succédé dans cette fonction ont pris à cœur cette tâche particulière. En effet, les grabeaux déjà souvent mentionnés donnent rarement le détail du comportement de l'hospitalier et de sa femme, et ne relèvent le plus souvent que les grandes qualités reconnues du couple. Néanmoins, la femme de Pierre Dansse fait l'objet de compliments, car elle «avoit beaucoup d'attention pour les malades et s'informoit exactement s'ils étoient bien soignés et servis»<sup>197</sup>, de même que Guillaume Deluc qui «merite les plus grands éloges et les malades et les peuvres de cette Maison qu'il traite avec douceur et bonté ne voient pas ariver sans regret le terme où il doit les quitter» tandis que son épouse se montre «douce et compatissante envers les malades»<sup>198</sup>.

Quelques-uns prennent d'ailleurs des initiatives relatives aux malades, comme Deluc, déjà cité, qui pense qu'il serait essentiel pour le bien des aliénés de la Maison de mettre à jour la proposition émise en avril 1778, visant à établir une place de promenade dans le jardin de la Discipline; à cette même occasion, il propose également de changer les lits des aliénés, les lits de fer étant plus difficiles à casser, et permettant plus facilement d'attacher les malades trop furieux. Suite à cette intervention, le syndic est allé visiter l'appartement des aliénés, et a constaté qu'en effet, certains n'étant «qu'à moitié dérangés», un lieu de promenade permettrait un meilleur rétablissement<sup>199</sup>. Ces quelques lignes montrent d'une part le sens de l'économie de Deluc, qui connaît les frais occasionnés par des lits brisés, et en même temps sa réelle préoccupation envers le sort des malades. Elles révèlent aussi le manque de marge de manœuvre de l'hospitalier, qui ne peut que proposer et constater, et qui doit attendre deux ans pour que le syndic reconnaisse la pertinence de son propos.

Les hospitaliers et leurs femmes sont donc investis d'une responsabilité particulière envers les malades, responsabilité qui va grandissant au fil du temps. Ils doivent être tenus au courant de tout ce qui se passe pour chaque malade, afin de pouvoir répondre aux besoins de chacun, qu'ils

<sup>196</sup> Cité par DROUX 1993, p. 445. AEG, Arch. hosp. Ag 5, art. 11, il s'agit d'un ensemble d'articles concernant l'hospitalier, sans date précise.

<sup>197</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 485, 27.12.1765.

<sup>198</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 250, 3.1.1781.

<sup>199</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, pp. 77 et 303, 20.4.1778 et 23.1.1780.

soient d'ordre spirituel ou médical. Centralisant les informations, ils redistribuent les charges en fonction des nécessités, faisant appel au pasteur ou au médecin et surveillant le travail du personnel soignant. La visite quotidienne, si elle est effectuée comme le veut le règlement, leur permet de récolter toutes les informations nécessaires, et surtout leur donne le contact direct avec le malade.

c) *Abraham Joly*

Mon propos ici n'est pas d'écrire une biographie d'Abraham Joly, auquel Walter Zurbuchen a déjà dédié quelques pages<sup>200</sup>, ni même de le poser en paradigme de l'hospitalier parfait ou représentatif de tous ses collègues. Néanmoins, un corpus de sources, surgi des profondeurs des archives, m'a été aimablement signalé par Barbara Roth, archiviste, qui met en lumière quelques qualités d'un homme de son temps.

Après avoir été reçu docteur en médecine à Montpellier en 1771, il passe son agrégation genevoise en 1774, à la satisfaction de ses collègues de la Faculté<sup>201</sup>. Son droit de pratique ainsi obtenu, il se lance dans l'exercice de son art, qui lui cause visiblement plus de soucis que de joie, comme l'exprime sa femme: «Sa sensibilité lui en faisoit une tâche très pénible, chaque malade devenoit son pere, sa mere, sa sœur, son frere, son enfant et lorsqu'il avoit le malheur d'en perdre un, il entroit dans un découragement qui approchoit du desespoir»<sup>202</sup>. Il cesse alors son activité médicale, et devient directeur de l'institution en 1780. Dès lors, «il consacra tout son tems au service de cette Maison de charité et fit consister son bonheur à lui être utile»<sup>203</sup>. Lorsqu'il est pressenti comme futur hospitalier, homme curieux de nature, il entreprend un voyage à Paris dans le but de visiter les différents hôpitaux de la ville, et à son retour, en 1787, il emménage avec sa famille dans l'Hôpital. La direction ne tarit pas d'éloges durant sa fonction d'hospitalier; à cet égard, son humanité est le plus souvent relevée, de même que son attention portée aux malades qui «sont en particulier l'objet de ses soins les plus assidus que ses talents rendent efficaces»; sa femme est à la hauteur des qualités de son mari, notamment «dans les soins empressés qu'elle donne aux malades, elle y porte la

<sup>200</sup> ZURBUCHEN 1985a, pp. 327 à 331.

<sup>201</sup> AEG, Santé F 1, p. 273, 29 et 30.6.1774.

<sup>202</sup> AEG, Archives privées 128, env. 73, mémoire écrit par Catherine Elisabeth Patron, deuxième femme d'Abraham Joly.

<sup>203</sup> *Ibid.*

bonté et la douceur qui la caractérisent»<sup>204</sup>. Sa sortie de l'institution marque une parenthèse dans les activités de Joly, puisqu'il se voit privé de ses droits politiques et condamné à la détention domestique pour une durée de six mois. Après 1798, il reprend avec assiduité son action pour l'Hôpital, et devient en 1800 président de l'institution<sup>205</sup>, à laquelle il s'est complètement identifié et dont, à ses dire, il a fait le « principe de son existence »; il conserve cette fonction jusqu'à sa mort, en 1812 (*fig. 8 et 9*).

Visiblement, Joly a été un personnage d'exception, non par ses valeurs personnelles qui n'ont pas à être jugées par un historien de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, mais davantage par l'expérience inégalée qu'il a engrangée pendant ces trente années passées au service de l'établissement. Il a en même temps participé aux décisions prises par le pouvoir, en qualité de directeur de l'institution. Cela ne l'a pas empêché de relever ses manches pour exercer la lourde tâche d'hôpitalier, ce qui par la suite lui a donné plus de poids comme président, en le rendant plus conscient des problèmes concrets posés par une telle institution. Sa pratique médicale, et sa sensibilité soulignée par sa deuxième femme ont très certainement servi les mesures prises en faveur des malades, et favorisé une plus grande conscience de l'importance de l'institution à leur égard. Certaines lettres attestent d'ailleurs de la confiance que certains octroient à Joly, comme celle de Marie Fontaine :

« Comme vous avez toujours eu la complaisance de me servir de Père, c'est dans cette confiance que je prends la liberté de m'adresser encore à vous, pour vous prier de vouloir bien vous donner la peine de voir ma tante pour la prier de vouloir bien me reprendre chez elle »<sup>206</sup>.

Abraham Joly a d'ailleurs laissé des traces à la postérité comme en témoigne le passage suivant de 1830 :

« Un hôpitalier philanthrope, M. Joly, en introduisant de grandes améliorations dans notre Hôpital, s'occupa aussi de notre Discipline...; il substitua le corset de force de toile aux chaînes et aux colliers de fer dont on se servait pour contenir les fous furieux »<sup>207</sup>.

Aucune archive ne permet de constater la véracité de cette information bien précise, et il est possible que Guillaume Moulou ait quelque peu idéalisé le personnage. Une lettre de 1791 témoigne d'ailleurs de l'existence des fers : « Ce n'est que pour maladie d'esprit qu'on me tient au cachot et qu'aux fers on me jette »<sup>208</sup>. Cependant, le passage de son rapport

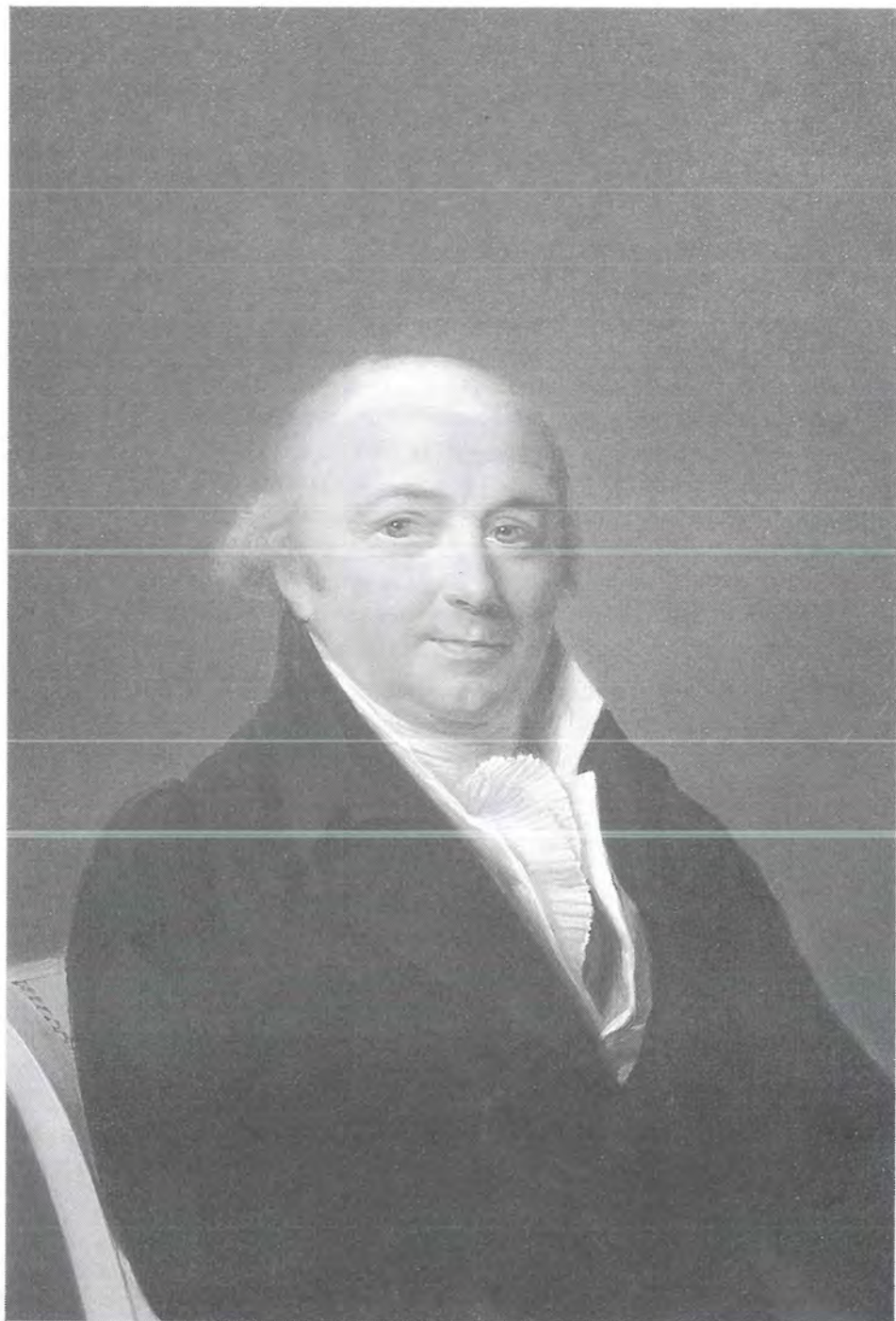
<sup>204</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 127 et 410, 2.1.1788 et 2.1.1791.

<sup>205</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 100, 24.2.1800.

<sup>206</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 146, dossier 1837.

<sup>207</sup> MOULTOU 1830, p. 4.

<sup>208</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 146, dossier 1840, lettre d'un aliéné dénommé Roque, fils de Bertrand.



*Figures 8 et 9: Abraham Joly et son épouse Catherine Elisabeth, née Patron.*







rédigé en 1789 concernant les aliénés illustre clairement sa position sur cette question, lorsqu'il affirme que :

« L'espèce[sic] d'incarcération et tous les moyens plus ou moins rigoureux qu'on est obligé d'employer pour contenir ou pour guérir les aliénés ne font qu'exasperer leurs maux et les rendre souvent incurables là où des moyens de douceur et des efforts pour gagner leur confiance auroient amené une guérison, ou plus prompte, ou plus sûre »<sup>209</sup>.

Il se prononce d'ailleurs dans le même sens, lorsqu'appelé en 1789 à effectuer une expertise médico-légale sur un homme aliéné<sup>210</sup>, il termine son rapport en écrivant : « Je ne saurois me dispenser d'ajouter que le séjour dans la maison de force me feroit craindre que sa tête ne se dérangerât tout à fait »<sup>211</sup>.

## 2. *Le pasteur-résident*

De manière très générale, les ecclésiastiques sont souvent reconnus comme des relais de soins sous l'Ancien Régime. C'est ainsi que dans les campagnes françaises, ils sont dépositaires des boîtes aux remèdes, confiées à des gens « intelligents », capables d'en administrer le contenu si nécessaire<sup>212</sup>. Il en est de même pour les pasteurs de la campagne genevoise, qui servent de relais dans les deux sens, soit en administrant quelques remèdes, soit en témoignant en faveur d'un de leur paroissiens qui nécessite une hospitalisation. Mais il ne s'agit pas ici d'une particularité genevoise, et cela relève d'une attitude courante, plus ou moins appréciée de certains : « Questionnez les pasteurs, il vous avoueront qu'ils médicamentent sans scrupules leurs paroissiens », s'exclame J. Gilibert<sup>213</sup>. Tissot, au contraire, souligne l'importance et le zèle apportés par les ministres dans cette fonction :

« Plusieurs de Messieurs les pasteurs, qui presque tous se sont prêtés aux vues de l'Avis au Peuple, avec un zèle et une charité dignes des plus grands éloges, m'ont assuré qu'ils avoient aussi trouvé dans bien des maisons plus d'exactitude qu'ils ne l'espéroient... J'ajouterai ici un fait que je viens d'observer, c'est que dans le mandement d'Aigle, plusieurs malades se sont d'abord mis, sans direction, aux boissons et au régime que leur digne pasteur Monsieur Decoppet avoit conseillé à leurs voisins atteints de la même maladie ; ce qui m'a confirmé dans l'idée où j'étois déjà, que la confiance du peuple pour Messieurs les ministres rendroit leurs soins très efficaces et m'a rappelé un bel établissement de la Suede où l'on

<sup>209</sup> AEG, Archives privées 128, Papiers Joly, enveloppe 70.

<sup>210</sup> Cette expertise prouve d'ailleurs qu'il n'a pas complètement abandonné sa pratique médicale.

<sup>211</sup> Cité par BARRAS 1992, pp. 1064-1065.

<sup>212</sup> GUILLERMAND 1988, p. 224.

<sup>213</sup> GILIBERT 1772, p. 7.

donne, à ceux qui se vouent au Saint Ministère, les instructions les plus essentielles sur les maladies populaires»<sup>214</sup>.

Cette citation atteste de l'importance du pasteur en matière de prise en charge médicale du malade. On peut dire alors que les ministres revêtent une double casquette face aux souffrants, l'une ayant trait au domaine médical, l'autre relevant du caractère consolateur de leurs ministères, caractère d'ordre thérapeutique pour certains, non dans la guérison de la maladie, mais dans son acceptation, phase bien connue des médecins d'aujourd'hui<sup>215</sup>.

Une des attributions du ministère consiste à

«visiter les malades, écouter patiemment les détails de leurs maux, les soulager en y prenant intérêt, leur inspirer de la résignation aux volontés du Seigneur, les aider à lui adresser des prières, les soutenir contre les frayeurs de la mort, les porter à tout ce qui peut leur faire obtenir le pardon de leurs péchés, à tout ce qui peut les conduire à une immortalité bienheureuse»<sup>216</sup>;

dans le but de les apaiser: «enfin, les malades affermis, ranimés, les mourants soutenus par toutes les ressources de la Religion, leurs craintes dissipées par l'espoir de pardon»<sup>217</sup>.

#### a) *Une consolation thérapeutique*

La fonction consolatrice du pasteur de l'Hôpital est dûment soulignée dans les règlements hospitaliers, comme en témoigne celui de 1771: «le pasteur doit être exact à visiter et consoler les malades, préférant ce devoir à tout autre»<sup>218</sup>. Néanmoins, les règlements ultérieurs montrent moins d'insistance sur ce sujet, ce qui pourrait signifier, si d'autres indices allaient dans ce sens, une «démédicalisation» du pasteur, proportionnelle à l'importance croissante du corps médical. Toutefois, le ministre demeure dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, un «organe semi-soignant, intermédiaire entre une fonction purement religieuse et une fonction d'aide et d'encadrement médical de la population hébergée à l'Hôpital»<sup>219</sup>.

Cette fonction consolatrice devrait être assumée par un pasteur résidant au sein de l'Hôpital, comme le Conseil en a décidé le 14 février 1651,

<sup>214</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/130/3.

<sup>215</sup> Sur ce sujet, voir les travaux d'Elisabeth Kubler-Ross, psychiatre suisse émigrée aux Etats-Unis, qui s'est spécialisée dans l'accompagnement aux mourants.

<sup>216</sup> VERNES 1792, t. 2, pp. 153-154.

<sup>217</sup> LAGET 1779, pp. XVIII-XIX.

<sup>218</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, chap. XXV, art. 4.

<sup>219</sup> Cité par DROUX 1993, p. 445.

et dont la tâche serait d'effectuer le catéchisme, de visiter les malades et d'instruire la jeunesse<sup>220</sup>. Mais les candidats sont difficiles à trouver; en effet, au départ du pasteur Sacirère, en 1757, la direction regrette que peu de ministres acceptent de loger à l'Hôpital, le conseiller soulignant qu'il est «de la dernière importance qu'il logeât dans la Maison puisque par là on seroit seur de le trouver jour et nuit pour consoler les malades et que d'ailleurs sa présence en impose à ceux qui ont mené une vie dereglée et qui sont sujets à écarts»; la Compagnie partage ces regrets, mais essaie de trouver un compromis en proposant que le pasteur demeure près de l'institution, et effectue ses visites deux fois par jour<sup>221</sup>. Quelques jours plus tard, le Conseil entre dans la discussion, et demande que les conditions offertes au ministre résident soient revues à la hausse, car il estime également important qu'il s'installe dans les murs, constatant que «les jeunes ministres montrent peu de disposition à ce charger de cet emploi»; la direction s'incline, et décide d'augmenter ses gages, et de lui donner une chambre «que l'on fournira de tout ce qui sera nécessaire pour qu'il y soit bien et commodement»<sup>222</sup>. Pourtant, cette décision ne résout pas la difficulté qui reste entière. Après des espoirs déçus par l'hypothétique retour du pasteur Voullaire, alors ministre de l'Eglise française de Stockholm, qui finalement ne revint jamais<sup>223</sup>, la direction trouve enfin un candidat agréé par tous, qui meurt une semaine après son entrée en fonction<sup>224</sup>. C'est finalement Alexandre Sarasin qui est élu en 1759, on ne sait pour quelle durée<sup>225</sup>. Dès ce moment, les Délibérations sont moins loquaces à ce sujet, si ce n'est en effleurant «un bras de fer» survenu avec le pasteur Buchon, en 1768, qui refuse de loger sur place<sup>226</sup>.

Cette situation ne laisse pas indifférente la population, qui commence à grogner contre la vacance de ce poste; en effet, en 1804, «plusieurs personnes très bien informées» affirment «que les malades ne reçoivent plus dans cette Maison les secours spirituels». Preuve en est une femme décédée à l'Hôpital après être restée six jours sans avoir eu de consolation du ministre. La direction se dit alors qu'il faudrait avoir de nouveau un ministre à demeure et nomme une commission pour y réfléchir; cette réflexion aboutit à la décision de reprendre un ministre résident, «considérant que l'asile acordé à des malades de la communion catholique a

<sup>220</sup> CAHIER-BUCCELLI 1979, p. 41.

<sup>221</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 70, 1<sup>er</sup>.5.1757.

<sup>222</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 75, 11.5.1757.

<sup>223</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 129, 132, 135, août et septembre 1757, et p. 324 et 325, septembre 1758.

<sup>224</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 351, 354, 386, 390, novembre 1758 et janvier 1759.

<sup>225</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 400, 11.2.1759.

<sup>226</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, pp. 225, 227, 236, 239, 1768.

donné l'entrée à leurs prêtres, et que ces prêtres mettent dans ce service un zèle et une assiduité qui établissent une comparaison desavantageuse au culte protestant», et «reconnoissant que sa conservation tient à l'appel que les ministres du culte ont fait avec succès aux sentiments religieux de nos concitoyens»<sup>227</sup>. Mais alors, la Compagnie invoque son manque d'effectif, et affirme qu'il lui est impossible de fournir un pasteur pour l'Hôpital<sup>228</sup>.

Même si le sujet du pasteur-résident n'est abordé dans les sources que de manière épisodique, on peut en dégager d'une part l'importance accordée à cette fonction et d'autre part l'intermittence avec laquelle elle a été remplie, les candidats n'étant pas pressés d'endosser cette responsabilité ou ce poids.

#### *b) Un moyen de contrôle*

La présence du pasteur-résident n'a laissé que peu de traces tangibles si ce n'est quelques brefs rapports sur l'intérieur de la Maison, qui nous permettent cependant de voir dans quelle optique ils abordent leur fonction.

C'est ainsi que le pasteur Sacirère ne montre guère d'optimisme sur l'état d'esprit de la population hospitalisée, quand il regrette que

«Les prières qui se font chaque jour le matin sont très peu fréquentées, mais que celles qui se font le soir le sont davantage et ce parce qu'au sortir de là, les pauvres se rendent immédiatement au refectoire pour le souper; les mœurs des pauvres qui habitent la Maison ne lui donnent pas beaucoup d'édification et de consolation; mais qu'il n'y a pas lieu à s'étonner de ce qu'en general elles sont mauvaises et qu'on ne doit pas attendre une parfaite reformation de vie et de mœurs de la part de gens qui ont toujours vécu dans le desordre et dans la debauche»<sup>229</sup>.

Avec un tel *a priori* de départ, son attitude moralisatrice devait être plus facilement perceptible qu'une éventuelle attitude consolatrice. Pourtant, d'autres s'avèrent nettement plus positifs, tel Alexandre Sarasin qui se montre satisfait de tout: «Les malades de la Maison sont très bien servis, et que Messieurs les medecins et chirurgiens en avoient beaucoup de soins, que l'ordre, l'union et la paix regnoient en la Maison»; il se permet pourtant de recommander une plus grande «compassion pour les

<sup>227</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, pp. 42 et 46, 27.6 et 18.7.1804.

<sup>228</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 60, 19.9.1804.

<sup>229</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 73, 24.1.1751.

enfermés de la maison de correction», priant la direction de bien vouloir les «élargir»<sup>230</sup>. Jérémie Badollet, quant à lui, bien que déplorant le peu de fréquentation au culte, souligne le zèle du personnel qu'il a pu observer lors de ses nombreuses visites effectuées au chevet des malades<sup>231</sup>. Bien des années plus tard, le pasteur Le Cointe exprime la même satisfaction, non seulement sur l'état religieux de la Maison, mais «en particulier de l'assiduité de tous les employés au service qui se fait dans les chambres des malades»; «Appelé à émettre son avis sur la conduite du sieur Valoton, infirmier en chef de l'hospice des aliénés, il a déclaré n'avoir que des éloges à lui donner pour sa patience et sa douceur envers les malades confiés à ses soins»<sup>232</sup>.

Ces quelques citations donnent à penser que le pasteur-résident, quand il y en a un, n'exerce pas seulement un contrôle sur la moralité des habitants de l'Hôpital. On lui demande aussi de s'exprimer sur les employés qui sont en contact direct avec les malades hospitalisés, et certains même, comme Sarasin, ne se privent pas d'émettre leur opinion sur les options prises par la direction, à l'égard des aliénés en l'occurrence.

Cela n'est pas dû au hasard, mais au fait que comme l'hospitalier, il habite sur place, et qu'il est par conséquent parfaitement habilité à observer le déroulement des journées des malades. A cet égard, il est même mieux placé que l'hospitalier, qui a de multiples autres fonctions à remplir au sein de l'institution, tandis que le ministre doit seulement veiller sur la vie spirituelle et morale des valides et des malades hospitalisés. Son attention est donc focalisée sur cette question, pour laquelle il jouit de beaucoup plus de temps.

En résumé, excepté le personnel soignant, qui vit 24 heures sur 24 avec les malades, l'hospitalier et le pasteur-résident sont les personnages les plus proches de ceux-ci. Ils sont en outre clairement investis de la responsabilité des malades, chacun dans son domaine, par les différents règlements. Il est bien entendu que la fonction ne signifie pas tout, et même pas grand chose suivant le personnage qui l'endosse. Pourtant, des hospitaliers tels que Dansse ou Joly, ou des pasteurs comme Sarasin et Le Cointe démontrent qu'en tout cas certains d'entre eux ont pris au sérieux leur responsabilité vis-à-vis des malades et ont constitué des relais indispensables entre la direction et la population hospitalière.

<sup>230</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 55, 25.1.1761.

<sup>231</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 371, 11.2.1776.

<sup>232</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 101, 22.12.1812.



Soumise de tout temps à la tutelle politique, contrebalancée par le poids de la Compagnie des pasteurs, la direction a toujours gardé le même cap pendant trois siècles, et malgré des bouleversements politiques importants l'assistance n'a jamais été un enjeu dans les différents conflits, comme cela fut le cas à Turin par exemple<sup>233</sup>. Bien que certains directeurs ou anciens directeurs aient été inquiétés, et parfois plus, par les troubles révolutionnaires, les murs de l'Hôpital paraissent avoir amorti le choc de l'insurrection et celui de l'Annexion, et les administrateurs ont continué de fournir leur travail quasi quotidien.

Avant comme après la Révolution, il s'est toujours trouvé des volontaires pour remplir cette fonction, bénévoles sur le chemin d'une brillante carrière politique, et parfois aussi animés par d'autres sentiments, à l'instar de certains de leurs collègues anglais, qui donnent un sentiment « philanthropique » et parfois « quasi religieux » à leurs fonctions<sup>234</sup>.

La composition de la direction, de même que les motivations des directeurs sont des facteurs que l'on retrouve dans bien d'autres institutions européennes. Néanmoins, la collecte générale et « obligatoire » constitue une caractéristique propre à Genève, en raison d'une part du pouvoir, même très amoindri, qu'elle confère à la population, et d'autre part, parce qu'il n'existe aucun lien entre donateurs et directeurs, comme c'est le cas ailleurs<sup>235</sup>, et que de ce fait, les directeurs sont investis d'un pouvoir administratif, et non d'un pouvoir personnel et individuel qu'implique la superposition du don et de la direction.

Les initiatives médicales prises par la direction sont représentatives dans une certaine mesure de ce qui se passe dans d'autres établissements hospitaliers à la même époque, notamment en matière d'hygiène, domaine que les directeurs s'efforcent d'améliorer. Ouverts à toutes les thérapies possibles, ils n'ont pas de programme précis face aux maladies les plus courantes de leur établissement. La direction constate en effet elle-même son inadéquation face aux aliénés, tandis qu'elle défend presque malgré elle la prise en charge des vénériens, alors que bon nombre d'hôpitaux sont créés en Europe pour faire face à ces maladies. C'est ainsi qu'à Londres, un hospice a été créé, destiné aux femmes guéries de maladies vénériennes et « qui n'auroient pas d'autres ressources que de se livrer de nouveau à la débauche, et qui pourtant desirent abandonner ce genre de vie »<sup>236</sup>. Par contre, l'inoculation a retenu pendant des années toute son

<sup>233</sup> CAVALLO 1989, p. 54.

<sup>234</sup> ANDREWS 1991, p. 64

<sup>235</sup> Dans l'hôpital de Westminster, par exemple « les souscripteurs... ont seuls le droit de participer à l'administration », FLAJANI 1811, p. 70.

<sup>236</sup> FLAJANI 1811, p. 119.

attention, et elle n'a épargné aucun effort pour la promouvoir dans la ville, avec un succès plus que relatif. Deux raisons peuvent expliquer cette absence de programme et de politique à long terme. En premier lieu, l'absence du corps médical enlève toute impulsion concentrée uniquement sur les problèmes médicaux. En effet, les directeurs, en raison de la multiplicité de leurs fonctions, ne peuvent focaliser leur attention sur le seul aspect médical, même s'ils sont au courant de ce qui se passe ailleurs; un médecin ou un chirurgien aurait pu donner une autre impulsion. Par ailleurs, l'Hôpital genevois est une ancienne institution, lourde de traditions, ne provoquant pas d'insatisfaction particulière, le produit des collectes en témoigne; elle s'enlise un peu dans son quotidien, alors que de nouveaux établissements se construisent ailleurs, spécialement destinés aux malades, avec des projets bien précis. C'est ainsi qu'à Hambourg, un nouvel hôpital est bâti dans la fin des années 1780, avec pour objectifs suivants: «1) Sauver les vies et préserver la santé de milliers 2) restituer à l'Etat des travailleurs honnêtes et droits, 3) réduire la détresse de l'humanité souffrante»<sup>237</sup>. Aucune perspective de ce genre n'est adoptée, du moins ouvertement, à Genève, et l'assistance continue à se faire sur un mode individuel, sans véritable vision collective.

Cette assistance sur le mode individuel a besoin de relais entre la direction et les malades hospitalisés, relais incarnés à Genève par l'hospitalier et le pasteur-résident, responsables de la mise en pratique des décisions prises lors des délibérations d'une part, et du contrôle des différents protagonistes de l'institution en matière de soins d'autre part. De ce fait, la personnalité de l'un ou de l'autre joue certainement un rôle fondamental pour le bien être des malades, et probablement aussi pour leur perception de l'Hôpital.

Si l'une des fonctions du pasteur et de l'hospitalier consiste à relayer les réflexions et les décisions prises par la direction, ils ne peuvent néanmoins consacrer tout leur temps à cette occupation, et sont, de ce fait, tenus eux aussi de déléguer certaines charges et responsabilités à d'autres personnes, qui vont passer toute leur journée auprès des malades.

<sup>237</sup> LINDEMANN 1991, p. 118.

## CHAPITRE TROISIÈME

### AU LIT DU MALADE:

### GOUVERNEURS ET GOUVERNANTES,

### VALETS ET DOMESTIQUES

---

«L'avantage d'avoir de bons infirmiers est inappréciable; ce sont, en quelque façon, les soutiens des hôpitaux. Sans eux, le service se languit, les efforts des administrateurs deviennent vains, les soins des médecins sont sans succès»<sup>1</sup>. Cette affirmation résume à elle seule l'importance centrale que prend le personnel soignant d'un hôpital, véritable pivot et relais des influences des divers protagonistes de la santé. Si les malades ne sont pas cités dans cette phrase, ils sont tout de même les bénéficiaires des «efforts des administrateurs» et des «soins des médecins», et l'infirmier (ou l'infirmière) joue le rôle de courroie de transmission entre les différents pouvoirs et le malade. Les directeurs ont le droit d'admettre le patient, les médecins et chirurgiens le devoir de le visiter tous les jours, et le personnel soignant de s'en occuper au quotidien; il endosse la responsabilité de toutes les tâches journalières et parfois aussi nocturnes qui le concernent. Comme l'ont souligné d'autres auteurs pour le XIX<sup>e</sup> siècle, il est l'un des éléments décisifs des acteurs de la santé<sup>2</sup>.

Mais l'importance de ces acteurs de soins est inversement proportionnelle aux informations divulguées par les sources. En effet, lors du dépouillement des archives hospitalières, et des registres des délibérations

<sup>1</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 24.

<sup>2</sup> LACHMUND et STOLLBERG 1995, p. 166.

des procureurs notamment, le personnel soignant ne prend que peu de relief, n'apparaît que de manière fugace, se camoufle dans un flou difficilement accessible à l'historien qui essaie de le traquer. Ce silence est d'ailleurs déjà relevé à l'époque: «Ce silence est d'autant plus surprenant qu'il n'est point de praticien qui ne soit convaincu de l'indispensable nécessité des gardes et de leur influence dans les succès de l'art de guérir»<sup>3</sup>.

Une des explications à ce mutisme est à chercher dans le fait que nous n'avons pas à faire à un groupe homogène, à un corps professionnel rassemblé sous la bannière d'une identité bien définie. Au contraire, nous nous heurtons à une série d'individus, chacun avec sa propre trajectoire, et dont le seul point commun consiste à s'être trouvés au même moment, au même endroit, à exercer la même fonction (à savoir s'occuper des malades de l'Hôpital), non pas par désir, mais le plus souvent par obligation économique.

Les sources ne contribuent donc pas à éclairer la lanterne du chercheur, en raison de leurs immenses lacunes. En effet, le registre des gages du personnel ne donne plus aucun renseignement entre 1787 et 1815; les registres des délibérations, à quelques exceptions près, ne mentionnent les employés de l'établissement hospitalier que lors des grabeaux<sup>4</sup> annuels, les différents règlements suggérés au hasard d'une phrase ne sont pas conservés dans les registres des règlements. En 1753, par exemple, un règlement relatif à la charge de gouverneur des hommes malades est rédigé<sup>5</sup>, de même que celui qui est destiné à la gouvernante des hommes malades en 1761<sup>6</sup>: deux règlements dont on ne trouve plus trace nulle part. Cet état des sources nous contraint donc à ne saisir ce personnel que par bribes et nous oblige à une reconstruction historique un peu abstraite et parfois artificielle.

Il n'en demeure pas moins, cependant, que certains indices permettent de mieux comprendre de quelle manière les malades hospitalisés sont non pas soignés au sens strict du terme, puisque, nous le verrons, le personnel n'exerce pas d'activités médicales, mais plutôt pris en charge, assumés par les responsables de leurs chambres. Qui s'occupe des malades, quelles sont les conditions requises pour cette fonction, quelles sont les conditions de travail, quelle en est la spécificité, et quelle en est la valorisation, telles sont les questions qui traversent ce chapitre.

<sup>3</sup> SERIN 1788, p. VI de la préface, probablement écrite par d'Apples.

<sup>4</sup> Sorte de revue du personnel, qui s'effectue au début de chaque année. Le plus souvent, on lit à côté de chaque nom «approuvé et continué», mais il s'y glisse parfois des remarques un peu plus personnelles.

<sup>5</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 336, 10.8.1763.

<sup>6</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 141, 20.12.1761.

Il est nécessaire de préciser avant tout que l'Hôpital genevois, de même que de nombreux établissements allemands<sup>7</sup>, emploie un personnel laïc, contrairement à d'autres institutions du même type, notamment en pays catholiques. Ces dernières remettent le soin des malades à des confréries hospitalières, le plus souvent celle des Filles de la Charité, communauté fondée par Saint Vincent de Paul, en 1633<sup>8</sup>, mais aussi celle des sœurs grises ou les sœurs noires, les sœurs de l'Enfant Jésus, dans la région bourguignonne<sup>9</sup>. La présence de laïcs en guise de personnel soignant offre des avantages comme des inconvénients pour un hôpital. Parmi les avantages, on peut imaginer qu'ils s'agit d'un personnel plus souple à manier, plus docile, car il ne constitue pas un groupe cohérent, susceptible de s'opposer au corps médical, comme c'était le cas dans de nombreux hôpitaux gouvernés par des religieuses; celles-ci, en effet, ont parfois de la difficulté à ne pas considérer l'institution comme un asile pour miséreux<sup>10</sup>, s'insurgent contre les progrès médicaux, ou encore s'opposent au pouvoir administratif, notamment dans les hôpitaux lyonnais<sup>11</sup>. Les conflits peuvent être focalisés sur des questions de régime alimentaire à prescrire aux malades, les différences de conception quant à l'alimentation reflétant en fait une différence fondamentale de point de vue sur l'institution<sup>12</sup>. C'est ainsi que les sœurs hospitalières veulent généralement nourrir trop copieusement les malades, qui incarnent toujours à leurs yeux le pauvre, ce qui, selon le point de vue du corps médical, entrave la guérison de leurs patients<sup>13</sup>. Les laïcs ne sont pas non plus une menace à l'encontre de la direction car ils ne représentent pas une autorité, comme ce sera le cas au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>14</sup>. Au même titre, le personnel laïc ne se trouve pas tiraillé entre deux autorités, celle de leur supérieur et celle de l'administration hospitalière; il dépend uniquement de la direction, ce qui n'est pas le cas pour une communauté religieuse, dont l'autonomie est plus grande. Lors de conflits, ou lorsqu'une des sœurs devient négligente ou s'avère dans l'incapacité de remplir son office, la sœur supérieure s'en trouve responsable, et non la direction<sup>15</sup>; dans ce cas, le personnel échappe alors au pouvoir de l'administration. En

<sup>7</sup> Voir BUELTZINGSLOEWEN 1996, p. 634.

<sup>8</sup> Sur lesquelles voir JONES 1989, pp. 89 à 121.

<sup>9</sup> LAMARRE 1993, p. 393.

<sup>10</sup> GUTTON 1987, p. 18.

<sup>11</sup> FAURE 1988, pp. 528-531.

<sup>12</sup> GUTTON 1987, p. 19.

<sup>13</sup> JONES 1989, p. 154.

<sup>14</sup> DROUX 1993, p. 492.

<sup>15</sup> JONES 1989, p. 149.



Bourgogne, il existe des organisations religieuses, mais tout de même proches de la laïcité, dans le sens où des communautés de sœurs hospitalières se forment souvent, mais pas toujours, sur le modèle de la communauté des hospices de Beaune, sans en dépendre pour autant. Chaque communauté hospitalière est autonome, et relève de l'autorité de l'évêque dans le domaine spirituel, et des administrateurs pour le temporel, et chaque sœur peut quitter l'institution<sup>16</sup>. Cette organisation offre un compromis entre l'éclatement du personnel laïc tel qu'il est à Genève et la rigidité d'un personnel religieux conventionnel, relevant de l'autorité d'une maison-mère<sup>17</sup>.

En revanche, cet éclatement de l'équipe soignante peut entraîner un travail solitaire, dépourvu de la dynamique que suppose la solidarité d'un groupe. La direction de l'établissement genevois essaie d'ailleurs de pallier ce défaut en insistant sur la bonne entente des différents employés d'une salle, elle autorise même à plusieurs reprises des mariages pourtant contraires au règlement, comme nous le verrons dans les paragraphes suivants. Par ailleurs, les motivations des employés, sont, on s'en doute, bien différentes de celles de sœurs hospitalières, et la plupart sont le plus souvent dues au hasard, et non pas mues par une force intérieure issue de la charité chrétienne. Néanmoins, il serait erroné de penser que toutes les sœurs hospitalières font preuve d'une ferveur intérieure à toute épreuve, et dont les vertus chrétiennes animeraient chacune de leurs actions et aplaniraient toutes les difficultés. C'est ainsi qu'Antoinette d'Anteny, sœur servante de l'hôtel-Dieu de Montpellier, a prouvé que sa vocation ne l'a pas empêchée de s'attirer l'antipathie des ses collègues, ni de créer des conflits avec les administrateurs de l'établissement<sup>18</sup>. Là encore, les directeurs de l'Hôpital genevois tentent de contourner cet inconvénient en essayant de choisir des individus qui ont déjà fait leurs preuves au lit du malade, révélant ainsi des qualités humaines.

Certains hôpitaux accordent beaucoup d'importance à leur personnel soignant, d'autres nettement moins, et ce chapitre a pour objectif de mettre en lumière le rôle joué par les soignants au sein de l'institution genevoise, de révéler la place que leur accorde l'administration et celle qu'ils prennent auprès des malades.

<sup>16</sup> BOLOTTE 1968, pp. 278-279.

<sup>17</sup> Pour une étude comparative entre personnel laïc et personnel religieux, voir BUELTZINGSLOEWEN 1996.

<sup>18</sup> JONES 1989, p. 153.

## A. Domestiques ou infirmiers(ères)?

La question posée par ce titre est tout à fait anachronique, car il serait totalement erroné de superposer le terme d'infirmier ou d'infirmières, avec toute la technicité qu'il comporte actuellement, au personnel soignant d'un hôpital de la fin de l'Ancien Régime. Il s'agit beaucoup plus, dans les lignes suivantes, d'essayer de comprendre ce que recouvre le terme de «soignant», ce qu'il implique, ce qu'il exige, à qui il s'applique. C'est pourquoi il est nécessaire dans un premier temps de reprendre les termes de l'époque, et de saisir de manière pragmatique l'organisation du personnel destiné à accompagner les malades hospitalisés.

### 1. *Gouverneurs et gouvernantes, servantes et valets*

Les gouverneurs et les gouvernantes sont les responsables des différentes chambres de l'institution, et cette appellation concerne autant les salles des malades, les espaces réservés aux vénériens et aux aliénés, que les diverses chambres des valides, ou encore la cuisine. Plus encore, ce terme revêt intrinsèquement la notion de responsabilité (celui qui gouverne), soit d'un lieu géographiquement délimité, soit d'une fonction bien précise. Il existe par exemple une gouvernante du linge, appelée à diriger tous les travaux de lessives, aidée par quelques servantes. De ce fait, l'organisation des soins aux malades est totalement identique à celle qui régit tous les autres services et toutes les autres fonctions de l'institution. Cette notion de hiérarchie et de responsabilité existe également dans bien d'autres hôpitaux, notamment dans l'infirmierie d'Edimbourg, avec toutefois une structure légèrement différente, dans la mesure où il existe une matrone, responsable de tout le personnel soignant, tant infirmier que domestique<sup>19</sup>, tandis qu'à Genève, chaque chambre abrite un responsable. Cette différence, qui indique clairement qu'il n'y a pas une équipe soignante regroupée sous l'autorité d'un responsable de l'infirmierie, peut être de taille si l'on considère que d'avoir plusieurs responsables permet en fait de diviser pour mieux régner. En effet, si tous les employés subalternes sont concentrés sous l'autorité d'une seule personne, cela donne à cette dernière un plus grand pouvoir que si plusieurs individus ne surveillent que deux ou trois domestiques. Toutefois, au fil du temps, une légère tendance à un accroissement de la responsabilité se profile, avec notamment le regroupement de différents secteurs sous la tutelle

---

<sup>19</sup> Voir RISSE 1986, p. 78.

d'une seule personne. C'est ainsi qu'en 1799, il est question de réunir les hommes galeux et vénériens sous la houlette du gouverneur de la chambre des hommes malades, dont la responsabilisation serait alors non plus géographique, avec une seule chambre, mais plus conceptuelle, avec les hommes malades en général, dispersés à l'intérieur de l'établissement<sup>20</sup>. Il semble que cette volonté ait été concrétisée, puisque la fonction d'infirmier des vénériens disparaît avec la fin du siècle<sup>21</sup>.

Pour en revenir au début de la période étudiée, une évolution est perceptible avec la création du poste de gouverneur de la chambre des hommes malades, qui date de 1753<sup>22</sup>. Les délibérations des directeurs ne mentionnant pas à cette date une telle nouveauté, il est difficile de savoir ce qui les a déterminés à prendre cette décision, mais deux hypothèses peuvent être retenues : l'augmentation du nombre de malades accueillis, ou une plus grande importance accordée à leur prise en charge. Le nombre relativement stable de malades au cours des trois années précédentes ne favorise *a priori* pas la première, cependant il faudrait connaître les chiffres de la décennie antérieure pour pouvoir écarter définitivement cette hypothèse. La seconde est plausible, mais impossible à vérifier, car les directeurs ne s'expliquent pas sur le sujet. Il est étonnant de constater que cette fonction existe pour la chambre des femmes malades depuis 1747 en tous cas, puisque Elisabeth Cassin, veuve de Charles La Colombière, occupe le poste de gouvernante de cette salle depuis cette date<sup>23</sup>. L'idée a peut-être germé de créer le même poste au masculin quelques années plus tard, ou alors la fonction existait déjà depuis longtemps mais n'a été officialisée sous la forme d'un règlement qu'en 1753.

Jusqu'en 1789, l'Hôpital peut abriter une vingtaine de malades de chaque sexe, puis sa capacité d'accueil passe à 48 lits pour les hommes, et une trentaine pour les femmes<sup>24</sup>. A cette époque, un couple de gouverneurs est responsable de la section réservée aux hommes malades<sup>25</sup>, un autre de l'espace octroyé aux vénériens, tandis qu'une seule femme « gouverne » la chambre des femmes malades.

Ces gouverneurs sont secondés par des domestiques, appelés servantes, valets ou encore serviteurs. Le règlement de 1771 stipule qu'une gouvernante aura soin des hommes malades, une autre des femmes

<sup>20</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 72, 20.5.1799.

<sup>21</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 76, 24.6.1799.

<sup>22</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 336, 10.8.1763. Il ne s'agit pas d'une erreur de date, mais on apprend incidemment l'ouverture de ce poste dix ans plus tard.

<sup>23</sup> AEG, Arch. hosp. Fd 3, p. 35.

<sup>24</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 249-250, 24.5.1789.

<sup>25</sup> Voir plus bas le paragraphe consacré à la question de la féminisation de la fonction.

malades, et qu'elle sera aidée par les domestiques que la direction jugera nécessaire<sup>26</sup>. Cela signifie que le nombre de serviteurs et de servantes varie au gré de celui des malades. En 1778, on voit par exemple qu'il y a quatre domestiques pour les femmes et une seule pour les hommes. A d'autres moments, une des deux chambre des femmes malades n'a aucune servante, et ce sont des gens de la Maison qui remplissent cet office; néanmoins, la direction s'aperçoit que cette situation n'est pas satisfaisante<sup>27</sup>. En 1789, on sait de manière certaine que deux gardes-malades assistent les gouverneurs des hommes malades, trois gardes-malades secondent la responsable des femmes malades, et un autre travaille dans la chambre des vénériens<sup>28</sup>. Le nombre de domestiques destinés à s'occuper des malades est donc extrêmement mouvant et insaisissable pour l'historien. Les données quantitatives sont inaccessibles, mais on peut cependant estimer qu'au total, une quinzaine de personnes sont affectées au service d'environ 80 malades au début du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>29</sup>. L'apparition soudaine du terme de garde-malade, sous la plume d'Abraham Joly, est assez curieuse, puisqu'on ne le retrouve pas dans les archives hospitalières. Et pourtant, la différence entre domestique et garde-malade est de taille: le premier ne se distingue nullement des autres domestiques de la Maison, tandis que le second, dans sa définition, comporte une spécificité en relation directe avec les malades, puisque qu'il s'agit « d'une personne dont l'occupation consiste à garder, à surveiller les malades, et à leur administrer les soins et moyens ordonnés par les médecins et chirurgiens »<sup>30</sup>. Notons au passage qu'en théorie un garde-malade est destiné aux soins à domicile, tandis qu'un infirmier s'occupe des malades hospitalisés, distinction qui ne semble pas préoccuper Joly. L'existence simultanée de ces deux termes pour qualifier les mêmes personnes illustre bien la mouvance et l'ambiguïté qui entoure le personnel soignant à cette époque; non seulement, il varie en termes quantitatifs, mais encore, il est assimilé par certains à une domesticité habituelle, tandis que d'autres le considèrent déjà comme un domestique « spécialisé ».

L'appellation de garde-malade peut être annonciatrice de l'apparition du terme d'« infirmier » dans les années 1790, terme qui n'est pas forcément garant de meilleurs soins: « Ce que manifeste l'apparition des infirmiers et

<sup>26</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, règlement de 1771.

<sup>27</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 472, 28.11.1764.

<sup>28</sup> AEG, Archives privées 128, enveloppe 70; ce rapport ne mentionne pas le personnel attribué aux aliénés, mais nous savons qu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le portier de la maison de la Discipline en est responsable avec sa femme, aidés par un ou deux domestiques.

<sup>29</sup> Chiffre auquel Joëlle Droux est également arrivée, voir DROUX 1993, p. 447.

<sup>30</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 16.

infirmières c'est seulement l'idée, disons même la promesse, que des soins de type paramédical doivent être donnés par des personnes qui sont spécialisées»<sup>31</sup>. A Genève comme ailleurs, le mot et la fonction se répandent, et c'est ainsi que Jeanne-Marie Servièrès, qualifiée de servante pendant la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, se voit attribuer le terme de sous-infirmière en 1804<sup>32</sup>. Ce glissement de terminologie ne représente qu'une amorce d'un changement très lent, mais qui se retrouve également à des degrés très divers, dans la question de la formation ou du recrutement.

## 2. *Formation*

Faut-il dix ans pour former une infirmière, comme le prétend un membre du Conseil général du Doubs en 1792, ou une heure, comme l'affirme son contradicteur, «car il n'est aucune fille qui en entrant dans cet état, n'ait déjà servi un bouillon et de la tisane à son père, à sa mère ou à ses frères malades: or voilà une des plus grosses besognes d'une sœur hospitalière»<sup>33</sup>? Le travail du personnel soignant n'étant pas encore spécialisé, la formation des infirmiers et des infirmières n'est donc pas indispensable, et de fait, la question n'est même pas à l'ordre du jour. Ceci est d'autant plus vrai si l'on considère les principales fonctions des infirmiers aux yeux de Jaques Tenon:

«Il est du devoir d'un bon infirmier (et infirmière) de mettre un malade, qui n'a point sa connaissance, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre...d'ouvrir les croisées et de les fermer à propos ... de vider les chaises percées...de retirer promptement les linges sales... de récurer les vases des lits, de faire les dits deux fois par jour: de mettre les matelas et les couvertures à l'air lorsque le temps le permet... de balayer les salles deux fois dans la même journée, après les pansements, afin que la poussière ne salisse point les plaies... de faire boire les malades: de rendre compte au médecin, au chirurgien de ce qui leur sera arrivé en leur absence...»<sup>34</sup>.

A Genève, comme dans d'autres hôpitaux français, les infirmiers et infirmières ne touchent pas aux pansements, réservés aux chirurgiens, et n'exercent que des tâches domestiques qui ne demandent aucune connaissance spécifique. Comme nous le verrons plus bas, les exigences demandées au personnel se concentrent beaucoup plus sur le soin du malade lui-

<sup>31</sup> GUTTON 1987, p. 18.

<sup>32</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 75, 25.12.1804.

<sup>33</sup> Cité dans GUILLERMAND 1988, p. 240.

<sup>34</sup> TENON 1788, p. 329.



même, que sur celui de la maladie. Or, cet accent mis sur la personne du malade ne s'apprend pas, du moins pas de manière théorique. Seules des aptitudes individuelles, enrichies par des années d'expérience, peuvent mener à une prise en charge adéquate des malades. C'est ainsi qu'en 1813, alors que l'institution est à la recherche d'infirmiers, les directeurs sont chargés de repérer les assistés qui seraient capables d'assurer ce service<sup>35</sup>. La formation n'entre pas en ligne de compte, tandis que les qualités individuelles sont ciblées, notamment la vertu chrétienne, qui est censée rester une motivation pour les infirmières du XIX<sup>e</sup> siècle. C'est d'ailleurs en se basant essentiellement sur le concept de la charité que Valérie de Gasparin décide de fonder l'Ecole de la Source, de Lausanne, destinée à la formation des gardes-malades, en 1859<sup>36</sup>; Florence Nightingale a elle-même commencé son travail en le considérant comme une partie de ses devoirs chrétiens<sup>37</sup>. Cependant, au fil du XIX<sup>e</sup> siècle, ces «vertus chrétiennes» perdent de leur importance, au profit d'une formation plus technique indispensable aux soins des malades et surtout des maladies.

C'est en 1820 que pour la première fois, un médecin, ou plutôt un chirurgien, soulève la question de la formation d'infirmiers, et c'est d'ailleurs à cette occasion que le corps médical constate que rien n'est prévu à cet effet et que tout reste à faire dans ce domaine. Les années suivantes sont autant d'années de tâtonnements, de réflexion, et comme le dit Joëlle Droux, la formation «s'opère alors par la pratique, de soignant à soignant; il s'agit plus, dans un tel cas, d'une initiation et de perpétuation d'un stock de techniques, de «tour de main», plus proche d'un apprentissage d'artisan que d'un enseignement médical»<sup>38</sup>. On le voit, une formation organisée, scolarisée, théorique n'en est pas même encore au stade de balbutiements, et ne se concrétisera qu'en 1859, sous l'égide du couple de Gasparin, qui fonde la première école laïque de gardes-malades, à Lausanne<sup>39</sup>.

Dans la période étudiée, seul Jean Valoton, engagé comme infirmier des aliénés pour le mois de novembre 1810, doit venir «s'instruire» pendant le mois d'octobre, au cours duquel ses repas sont payés par l'institution<sup>40</sup>. A cette occasion, une ébauche de formation tout à fait ponctuelle apparaît, puisque cette condition ne semble plus exigée dans la décennie suivante, mais peut être annonciatrice d'un besoin qui s'exprimera de plus en plus au fil du temps.

<sup>35</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 143, 18.5.1813.

<sup>36</sup> JAQUOMET 1992, p. 63.

<sup>37</sup> MAGGS 1993, t. 2, p. 1319.

<sup>38</sup> DROUX 1990, p. 117.

<sup>39</sup> DROUX 1994, p. 25. Voir aussi JAQUOMET 1992, pp. 61 à 75.

<sup>40</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 315, 16.10.1810.

Par conséquent, la formation, dans le sens où nous l'entendons actuellement, est tout à fait hors de propos pour la période étudiée; elle ne verra le jour qu'avec l'éclosion des différentes écoles d'infirmières, dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Même la transmission d'un savoir, avant l'embauche d'un infirmier, n'est pas du tout d'actualité, alors que vers 1820, le besoin commence à s'en faire sentir. Les responsables de l'Hôpital pourraient presque donner la même réponse que firent les administrateurs de l'hôpital de Bordeaux à la question: «Comment s'y prend-on pour former de bons et de bonnes infirmières et s'en procurer le nombre suffisant?» La réponse est laconique: «Aucun soin»<sup>41</sup>. En revanche, à l'Infirmierie de Salisbury, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les infirmières doivent être jeunes et avoir appris comment surveiller les malades<sup>42</sup>.

La formation n'offrant pas un critère d'embauche, les qualités exigées du personnel en sont d'autant plus nombreuses.

### 3. *Qualités requises*

Les qualificatifs enregistrés au cours de la lecture des registres relatifs aux exigences requises du personnel soignant, soit dans les règlements, soit dans les grabeaux, permettent de constater qu'un gouverneur ou une gouvernante doit être doté de qualités non pas techniques, comme nous l'avons vu plus haut, mais personnelles, dans le but de satisfaire d'une part la direction de l'institution, et d'autre part les malades. S'il est vrai que l'institution ne peut accepter d'employer un individu doué de toutes les qualités requises pour être un bon soignant sans être un «bon» employé aux yeux des directeurs, le contraire est également exact, dans la mesure où la direction souligne l'importance du soin aux malades.

#### a) *En faveur de l'institution*

Il est clair que le gouverneur ou la gouvernante doit être au-dessus de tout soupçon, de préférence une personne de la ville<sup>43</sup>, d'une morale irréprochable, d'un dévouement sans faille, digne de confiance, économe et

<sup>41</sup> FOUCAULT 1979, p. 87, qui transcrit un questionnaire envoyé à différents hôpitaux.

<sup>42</sup> DINGWELL, RAFFERTY et WEBSTER 1988, p. 11.

<sup>43</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, règlement de 1771. Près d'un siècle plus tard, la direction hospitalière continuait d'exiger que le personnel soit genevois, montrant ainsi une idée de repli et un esprit conservateur, vivement critiqué par Fazy. Voir DROUX 1993, p. 484.

Tableaux des qualificatifs concernant le personnel soignant.

| <i>en faveur de l'institution</i> | <i>en faveurs des malades</i>          |
|-----------------------------------|----------------------------------------|
| assiduité                         | douceur                                |
| sédentarité, disponibilité        | soins                                  |
| fidélité                          | patience                               |
| confiance, bonnes vie et mœurs,   | exactitude                             |
| économe                           | intelligence                           |
| zèle, dévouement                  | humanité                               |
| célibat                           | guérison des vénériens                 |
| actif                             | préparation de certains remèdes (1813) |
| obéissance                        | attention                              |
| robuste                           | propreté                               |

fidèle; par dessus tout, il doit être sédentaire, ne pouvant sortir sans autorisation, ce qui sous-entend une disponibilité de chaque instant.

La gouvernante des malades doit être d'une fidélité à «toute épreuve», comme l'exige le règlement de 1771. Le terme de fidélité doit être pris dans un sens très large; il recouvre l'attachement à l'institution, l'obéissance au règlement et aux directeurs, et se superpose d'ailleurs avec celui de probité<sup>44</sup>, «l'une des qualités morales les plus essentielles des gardes-malades»<sup>45</sup>; la direction, d'ailleurs, supporte mal les incartades et c'est ainsi que la veuve Pernoud, en charge des soins de la chambre noble, réservée aux vénériens, a été fustigée et mise au cachot pour avoir commis «quelques infidélités»<sup>46</sup>, dont nous ne connaissons pas la nature. A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle encore, la désobéissance peut être punie par le cachot; il est vrai que le cas ne se présente qu'une seule fois, en la personne de Bénédicte Charles, infirmier, enfermé pour sa mauvaise conduite et son manque d'obéissance; et comme, en sortant, il «fait l'insolent» et quitte l'institution sans permission, il en est chassé<sup>47</sup>. L'usage du cachot n'est plus de mise au fil du XIX<sup>e</sup> siècle et la suppression de tout ou partie du salaire représente la punition la plus commune<sup>48</sup>. L'institution genevoise n'est pas la seule à infliger des punitions de cet ordre lors de désobéissance de son personnel; dans les hôpitaux militaires anglais, les gardes-malades convaincues entre autres de négligence,

<sup>44</sup> LITTRE 1863, qui définit la fidélité comme un attachement à ses devoirs, et dont la probité est une des acceptions du terme.

<sup>45</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 16, p. 347.

<sup>46</sup> AEG. Arch. hosp. Aa 102, p. 139, 30.6.1751.

<sup>47</sup> AEG. Arch. hosp. Aa 109, pp. 302 et 381, 8.8.1795 et 22.6.1796.

<sup>48</sup> Renseignement aimablement fourni par Joëlle Droux.

d'ivresse, ou encore de vol, doivent être mises en prison, puis jugées par le Conseil de Guerre<sup>49</sup>.

La fidélité exigée souligne l'importance de l'attachement du personnel à l'institution. Dans un hôpital abritant environ 200 personnes, il est bon que le personnel ne change pas trop souvent pour que, soit la direction, soit les malades ou les pensionnaires, ne soient pris dans une tourmente continuelle de nouveaux visages. On pourrait d'ailleurs également placer ce qualificatif parmi ceux qui concernent les malades, dans la mesure où la fidélité assure d'abord l'acquisition de l'expérience, et ensuite la régularité dans les soins, « le souci de la santé et du bien-être des malades [étant]... très vif » dès le XVII<sup>e</sup> siècle<sup>50</sup>. Il est probable que cette régularité se rencontre plus facilement dans une institution qui emploie un personnel religieux, tandis que dans un hôpital qui abrite un personnel laïc, il est fort à craindre que les soignants, souvent mal payés et surchargés, quittent l'institution dès qu'ils trouvent un meilleur emploi. Cela dit, il faut tout de même relativiser la stabilité du personnel religieux, ce terme recouvrant de fait plusieurs cas de figure différents. C'est ainsi que les sœurs hospitalières travaillant dans les hospices de Beaune prononcent des vœux temporaires, ne sont en aucune manière tenues de renoncer à leurs biens qu'elles peuvent administrer et ont le droit de quitter l'établissement pour reprendre « la vie du siècle »<sup>51</sup>.

Le sens de l'économie est également, aux yeux de la direction, une qualité primordiale, même lorsque l'institution ne connaît pas trop de difficultés financières; en effet, la veuve Bouvier, gouvernante de la chambre des hommes malades, se voit reprocher de satisfaire à « toutes les fantaisies » de ses malades, ce qui occasionne trop de frais pour la Maison. Comme en plus elle répond avec insolence et que son âge et sa « pesanteur » l'empêche de remplir ses devoirs correctement, elle est privée de son emploi<sup>52</sup>. Les époux Besançon, de même que la veuve Brugnier se voient aussi rappelés à l'ordre à plusieurs reprises, en raison d'excès commis dans leur salle, notamment dans la consommation de bois<sup>53</sup>.

La disponibilité de tous les instants est une des conditions essentielles pour remplir la fonction de gouverneur ou gouvernante, ou de servante, condition qui paraît bien pesante pour certains: Suzanne Roux, servante de la chambre des femmes malades, supplie que la direction la laisse sor-

<sup>49</sup> GUILLERMAND 1988, p. 230, qui cite Achille Lebègue de Presle, *Essai sur la manière d'administrer les hôpitaux militaires*, Paris, 1769.

<sup>50</sup> GUTTON 1987, p. 15.

<sup>51</sup> BOLOTTE 1968, p. 277.

<sup>52</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 346.

<sup>53</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, pp. 95 et 96, 13.1.1800, p. 163, 2.1.1801.

tir quand elle le désire ou qu'elle lui donne l'autorisation de travailler en ville; mais elle reçoit en guise de réponse toute interdiction de quitter l'institution sans permission, avec menaces de l'enfermer, vu son peu de vertu et sa conduite; elle finit par s'évader<sup>54</sup>; dans ce cas particulier, la disponibilité s'apparente à l'enfermement. Non seulement il est interdit de sortir de la «Maison», mais il est aussi et surtout recommandé de ne pas quitter la chambre dont on est responsable; la veuve Azémar, bien qu'appréciée, est fortement exhortée à voir tout ce qui se passe dans sa chambre «où on souhaite qu'elle soit sédentaire»<sup>55</sup>. Ajoutons encore que cette disponibilité n'est pas près de disparaître du paysage du travail infirmier, puisqu'elle constitue au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, et certainement plus tard encore, l'une des pierres angulaires des exigences demandées aux gardes-malades, avec, comme corollaire, l'obéissance<sup>56</sup>.

Le célibat est requis par le règlement, ce qui est d'ailleurs conforme aux exigences d'autres institutions; à Dijon, notamment, il est stipulé que les hospitalières doivent être célibataires ou veuves sans enfants<sup>57</sup>; cette condition se comprend parfaitement puisque l'on demande à ces femmes une disponibilité totale. Ajoutons que le célibat n'est pas exigé pour les femmes uniquement, et que les hommes y sont également soumis: un dénommé Durabour, candidat infirmier, n'est pas retenu car il est marié<sup>58</sup>. Cependant, il est nécessaire d'être vigilant quant à l'application des règlements et l'on peut constater qu'à Genève, les exceptions ne sont pas rares. David Haas, non seulement se marie avec la veuve Adelard, gouvernante des hommes malades, mais en plus, ils ont quatre enfants; le couple est tellement apprécié que la direction préfère faire une entorse au règlement que perdre deux bons gouverneurs<sup>59</sup>. Il en est de même pour David Ecker, domestique de la chambre des hommes malades, qui épouse la gouvernante de la même chambre, après que cette dernière ait accouché d'un enfant dont il est le père. Non seulement ils veulent se marier, mais en plus, ils sont coupables d'adultère, ayant commis de ce fait un écart important et répréhensible aux yeux de la moralité de l'époque. Contrairement à toute attente, la direction, qui ne s'était doutée de rien avant la naissance, décide de les «censurer», puis d'accorder son pardon, admettant qu'elle aurait de la difficulté à trouver de meilleurs éléments<sup>60</sup>.

<sup>54</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 69 et 427, 1.5.1757 et 11.4.1759.

<sup>55</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 399, 5.1.1784.

<sup>56</sup> JAQUEMET 1992, p. 69.

<sup>57</sup> GUILLERMAND 1988, p. 247.

<sup>58</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 52, 8.8.1804.

<sup>59</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 334 et 336, 3.8 et 10.8.1763.

<sup>60</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 474, 26.2.1754.



Quant à Judith Perrier, servante des hommes malades, elle est dans un premier temps congédiée parce qu'elle est enceinte; mais l'administration revient sur sa sanction, grâce au gouverneur qui la recommande vivement d'une part, mais aussi parce que l'on ne trouve personne pour la remplacer<sup>61</sup>. On voit donc que sous une apparence assez rigide et réglementée, la réalité n'est pas aussi figée qu'il n'y paraît. Les directeurs appartiennent à leur temps et montrent de grandes exigences dues en partie à une certaine moralité, mais ne sont néanmoins pas dépourvus de sens pratique et lorsqu'un gouverneur ou une gouvernante, ou même une servante se révèlent efficaces pour l'institution et les malades, ils s'assouplissent car cela les arrange. C'est ainsi que Madeleine Martin, veuve, est engagée comme servante de la chambre des femmes malades, malgré le fait qu'elle ait déjà deux enfants à charge de l'institution, et un troisième dont il faudrait aussi s'occuper<sup>62</sup>. En revanche, si une servante enceinte n'a pas montré toutes les autres qualités requises, elle est aussitôt congédiée<sup>63</sup>.

A cette époque, la direction n'impose pas explicitement une limite d'âge<sup>64</sup> pour l'engagement de son personnel soignant, mais il est bien clair qu'au-delà d'un certain âge, un candidat n'a aucune chance de pouvoir travailler dans l'institution, ceci pour deux raisons évidentes: les conditions de travail très dures et physiquement lourdes à supporter et nécessitent un personnel robuste, et surtout, les retraites qu'il faudrait verser trop rapidement. Il est vrai qu'à ce propos, les directeurs ne s'embarrassent pas de trop de scrupules à l'égard de la veuve Bandillon, qui n'a droit à aucune pension car elle n'a travaillé que six ans dans la Maison<sup>65</sup>.

Pendant toute la période étudiée, la question de l'âge reste relativement annexe et, en 1814 encore, la direction engage François Gros-Bourdillat, 54 ans, comme infirmier, alors qu'un autre candidat à ce poste est plus jeune<sup>66</sup>. Il n'est pas forcément étonnant que la direction se tourne vers des personnes un peu plus âgées, dans la mesure où cela peut refléter un brin de paternalisme toujours présent, qui persiste au-delà de la fin de l'Ancien Régime. En effet, un gouverneur ou une gouvernante d'âge mûr peut mieux représenter un « père » ou une « mère » pour les malades de leur chambre, et de ce fait leur inspirer une plus grande confiance, cela

<sup>61</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 454, 11.7.1759.

<sup>62</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 542, 9.3.1760. La direction ne pousse pas la bienveillance jusqu'à s'occuper du troisième enfant gracieusement, et prélève 4 écus sur son salaire.

<sup>63</sup> C'est le cas de Madeleine Laballe: AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 388, 8.7.1770.

<sup>64</sup> La direction précise simplement que la candidate doit être « d'âge convenable » (AEG, Arch. hosp. Ag 3, Règlement du 20.1.1771).

<sup>65</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 184, 9.3.1801.

<sup>66</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 229, 15.3.1814.

d'autant plus qu'une grande partie des malades sont jeunes<sup>67</sup>. En outre, l'âge peut aussi être synonyme d'expérience, qualité très appréciée qui suscite également ce lien de confiance<sup>68</sup>. Néanmoins, quelques décennies plus tard, la direction décide formellement de ne pas engager de personnel de plus de 40 ans, ce qui conduirait «à leur donner au bout de trop peu de temps des pensions de retraite»; il semblerait que ce désir ne se soit pas transformé en réalité, puisque nombreux sont engagés, encore à cette époque, au-delà de la quarantaine. Là encore, comme l'affirme Joëlle Droux, «les critères posés par la direction s'avèrent tout simplement en opposition brutale avec l'exiguïté de sa marge de manœuvre réelle»<sup>69</sup>. Toutefois, si l'on replace la question de l'âge dans le contexte plus large de la société, on s'aperçoit, à travers les offres d'emploi publiées dans la presse de l'époque, que nombreux sont les gens qui demandent du personnel «d'âge mûr», «âgée» ou encore «pas trop jeune», peut-être en raison de l'expérience que cela implique.

L'activité est une autre qualité nécessaire à la satisfaction des directeurs, qualité à mettre en relation avec le zèle et l'assiduité. Elle est d'ailleurs à replacer dans un contexte plus large du XVIII<sup>e</sup> siècle et même des siècles précédents, au cours desquels l'oisiveté constitue un défaut important. Au sein de l'Hôpital, il n'est bien sûr pas question d'oisiveté, mais il faut se montrer très actif, et tandis que certains sont exhortés à plus d'activité<sup>70</sup>, d'autres sont félicités pour leur zèle soutenu<sup>71</sup>. L'activité ou le zèle ne révèle pas seulement le fait de travailler avec assiduité, mais sous-entend aussi probablement une implication du personnel pour la bonne marche de l'institution, une sorte d'investissement individuel au sein d'une collectivité.

L'utilité, même si ce terme est très peu employé lors des grabeaux, est un adjectif clé pour la bonne entente entre personnel et direction. Il est employé notamment pour les époux Haas, qui ont obtenu tout ce qu'ils voulaient, en matière de mariage et de progéniture, malgré la rigidité des règlements, car ils se sont montrés utiles, si ce n'est indispensables<sup>72</sup>.

Une seule fois, on constate que la connaissance de l'allemand est considéré comme un atout, lorsqu'il s'agit d'engager Abraham Haas, originaire de Souabe, en 1763. La direction souligne qu'il sait le français et

<sup>67</sup> Voir le chapitre n° 1.

<sup>68</sup> On ne sait pas si c'est le cas de François Gros-Bourdillat, mais c'est en tout cas celui de sa veuve, dont l'expérience et le caractère gagnent la confiance des directeurs: AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 440, 12.8.1816.

<sup>69</sup> DROUX 1993, p. 477.

<sup>70</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 399, 5.4.1784.

<sup>71</sup> Comme la citoyenne Brugnier: AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 346, 21.2.1796.

<sup>72</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 212, 11.5.1768.

l'allemand, ce qui est nécessaire pour la Maison<sup>73</sup>. Cette qualité devient prisée au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, notamment après l'insertion de Genève dans la Confédération, insertion qui implique l'installation d'Alémaniques dans la cité, et par conséquent leur présence au sein de l'Hôpital<sup>74</sup>.

*b) En faveur des malades*

« Il faut qu'elles aient beaucoup de douceur dans les paroles et dans les actions »<sup>75</sup>, nous dit d'emblée Serin à propos des gardes-malades, et la direction, visiblement en accord avec lui, insiste très souvent sur la douceur, l'humanité et la patience à déployer envers les malades, et ne se prive pas de rappeler à l'ordre tous ceux qui montrent un léger déficit à cet égard. C'est ainsi que la veuve La Colombière, gouvernante des femmes malades, est appelée à modérer sa vivacité et exhortée à n'avoir aucune prédilection pour celles qui lui apportent du profit<sup>76</sup>, de même que la veuve Say, également gouvernante de la chambre des femmes malades, quelques années plus tard<sup>77</sup>. David Ecker est, quant à lui, « loué extrêmement sur son attention et ses soins pour les malades » et sur « la manière douce et honnête avec laquelle il les traite »<sup>78</sup>, ainsi que les époux Haas, au tournant du siècle<sup>79</sup>. La douceur, qualité proche de la modération et de la mesure<sup>80</sup>, et l'humanité, sont deux sentiments qui s'apparentent aux yeux des directeurs à des vertus thérapeutiques, recouvrant peut-être en partie ce que nous appellerions aujourd'hui l'empathie. Cette qualité humaine n'est pas réservée au personnel soignant, mais concerne également d'autres personnes en relation avec les malades. C'est du moins ce que laissent penser les louanges constamment adressées à Abraham Joly et à sa femme, hospitaliers de l'institution particulièrement appréciés, non seulement pour leurs compétences administratives, mais surtout en raison du soin et de l'attention qu'ils n'ont cessé d'accorder aux patients de l'Hôpital. Or, par sa formation de médecin, Joly est particulièrement sensible aux malades, et la direction souligne constamment l'importance qu'elle accorde aux qualités de douceur et d'hu-

<sup>73</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 296, 30.3.1763.

<sup>74</sup> DROUX 1990, p. 106.

<sup>75</sup> SERIN 1788, p. 1.

<sup>76</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 371, 28.12.1759.

<sup>77</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 263, 28.12.1768.

<sup>78</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 371, 28.12.1758.

<sup>79</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 346, 21.2.1796.

<sup>80</sup> LITTRÉ 1863.

manité de l'hospitalier, qualités jugées indispensables au bien-être et à la guérison des patients. La douceur est d'ailleurs une des raisons avancée lors de l'engagement de David Haas, en 1763<sup>81</sup>. L'institution genevoise n'est pas la seule à insister sur cette caractéristique: l'Infirmierie de Manchester demande à son personnel soignant, dans un règlement de 1752, de se comporter «avec tendresse, politesse et respect»<sup>82</sup>. A la fin du siècle précédent déjà, Thomas Fuller, médecin anglais, affirmait qu'une infirmière devait, autant que possible, faire plaisir au malade, sans montrer ni crainte ni mélancolie<sup>83</sup>. Par opposition, pour certains auteurs, entre autres défauts, la dureté envers les malades devrait engendrer au mieux de «vives réprimandes», au pire l'exclusion de l'établissement<sup>84</sup>.

Soulignons que ce terme tend à disparaître dans la première décennie du XIX<sup>e</sup> siècle, au moment où les médecins et les chirurgiens jouent un rôle un peu plus important vis-à-vis du personnel soignant, soit dans le recrutement, soit dans l'appréciation ou l'évaluation des infirmiers et infirmières. La propreté exigée par le corps médical remplace petit à petit la douceur vivement recommandée par la direction administrative. On peut ainsi constater une légère amorce de la prise de pouvoir du corps médical, qui toutefois n'est pas du tout encore prêt à vouloir imposer son propre point de vue, intégrant encore largement celui de l'administration; c'est ainsi que le docteur Coindet, médecin de l'intérieur, a fait renvoyer un infirmier à cause de sa paresse et de son insolence, et non en raison d'une quelconque faute «médicale»<sup>85</sup>.

L'exactitude<sup>86</sup> est à mettre dans le contexte de la surveillance des malades, et Haas, encore lui, est particulièrement apprécié, car il rend toujours compte au médecin de l'état où se trouvent les malades, ceci déjà en 1764<sup>87</sup>. L'administration des médicaments prescrits par les médecins et préparés par des pharmaciens de la ville relève également de l'exactitude exigée par la direction et par le corps médical; en 1813, par exemple, le médecin se montre très satisfait des infirmiers en chef, qui malgré des conditions de travail difficiles, ne se sont pas trompés une seule fois dans la distribution des remèdes<sup>88</sup>.

<sup>81</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 296, 30.3.1763.

<sup>82</sup> DINGWELL, RAFFERTY et WEBSTER 1988, p. 11.

<sup>83</sup> BULLOUGH 1978, p. 57.

<sup>84</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 21, p. 456.

<sup>85</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 148, 15.6.1813.

<sup>86</sup> Une personne exacte est une personne «minutieuse dans l'accomplissement de ses devoirs» *Le Robert: Dictionnaire historique de la langue française*, édité par Alain Rey, 1992.

<sup>87</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 488, 27.12.1764.

<sup>88</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 148, 15.6.1813.



Même si la propreté représente déjà une condition de recrutement dans le règlement de 1771, ce n'est qu'à partir de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle que cette qualité est régulièrement relevée par la direction<sup>89</sup>. A ce propos, relevons qu'en 1813, le docteur Colladon «verroit avec grand plaisir qu'on introduisit dans les sales[sic], des femmes chargées de surveiller certains détails de propreté et de tenue dont les hommes prennent difficilement l'habitude»<sup>90</sup>; six mois plus tard, le docteur Coindet se montre pleinement satisfait de cette initiative<sup>91</sup>. Dès 1771, les gouvernantes sont invitées à tenir propres les chambres, le linge, les meubles, et même les malades, ce qui contredit certains auteurs qui affirment que les toilettes des patients ne sont mentionnées que vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>92</sup>. Cependant, il faut préciser que ce n'est pas parce que le règlement exige la toilette des patients que celle-ci est effectuée. Cette insistance sur la propreté se retrouve ailleurs à cette époque, notamment chez Donald Monroe, médecin anglais, auteur d'un essai relatif aux hôpitaux militaires, datant de 1764, qui écrit : «Chaque garde-malade en chef doit faire, au moins deux fois le jour, matin et soir, la visite de toutes les salles de l'hôpital, pour voir si les gardes-malades particulières tiennent leurs salles propres», ces dernières devant les tenir «toujours aussi proprement que leur permet la nature de leurs maladies»<sup>93</sup>. Quelques années plus tard, Serin renchérit : «On aura soin de tenir la chambre des malades très-propre, de faire vider et nettoyer bien exactement la chaise percée, les pots-de-chambre, l'urinoire; de mettre dehors tous les linges sales»<sup>94</sup>.

En termes de soins proprement techniques ou médicaux, les qualités exigées se révèlent extrêmement rares. Une seule fois, les sources mentionnent la préparation de certains médicaments par la gouvernante de la chambre des femmes malades, une certaine Bouvet, en 1813<sup>95</sup>, préparation qui demande, bien sûr, la plus grande rigueur. Cette seule mention laisse penser que l'élaboration de certains médicaments fait partie du cahier des charges de quelques responsables infirmiers, fonction sur laquelle nous aurions aimé en savoir plus. D'autres institutions, notamment celles qui abritent des congrégations hospitalières, abandonnent le soin de la pharmacie à l'une des sœurs, responsable de cet office<sup>96</sup>.

<sup>89</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 346, 21.2.1796.

<sup>90</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 148, 15.6.1813.

<sup>91</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 199, 14.12.1813.

<sup>92</sup> COLLIÈRE 1988, p. 197.

<sup>93</sup> GUILLERMAND 1988, p. 230.

<sup>94</sup> SERIN 1788, p. 11.

<sup>95</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 152, 29.6.1813.

<sup>96</sup> JONES 1989, p. 137.



Comme nous l'avons vu quelques lignes plus haut, les pansements sont réservés aux chirurgiens, tandis que la question des traitements mercuriels administrés aux malades vénériens laisse l'historien perplexe. En effet, si l'on consulte les registres des comptes, on s'aperçoit que les frictions mercurielles sont pratiquées par les aides chirurgiens, lesquels sont payés au nombre de malades traités. En revanche, en 1799, les directeurs justifient le montant du salaire du gouverneur des vénériens par le fait qu'il est responsable de la guérison de ses malades<sup>97</sup>. Ces patients relèvent par conséquent en partie du corps médical, mais également du personnel soignant, auquel quelques gestes techniques sont probablement demandés. Mais on peut dire qu'en règle générale, on réclame des domestiques de l'institution les mêmes qualités que celles qui sont recherchées par des particuliers; ainsi, la « brave fille d'âge mûr, robuste, de bonnes mœurs et fidelle, qui entende bien le service »<sup>98</sup>, recherchée par un particulier, pourrait tout aussi bien convenir à l'Hôpital.

Pourtant, une pathologie est attribuée à un membre de l'équipe soignante: la fausse rache, maladie éruptive touchant principalement des enfants, dont le traitement est administré par David Haas, non pas comme gouverneur, mais comme détenteur du remède « secret » qui lui a été transmis<sup>99</sup>. A ce titre, Haas est seul responsable de ces petits patients, qu'ils soient hospitalisés ou à domicile, et cette fonction, n'étant pas considérée comme partie prenante de son cahier des charges, est récompensée par une somme versée pour chaque malade traité<sup>100</sup>.

Mises à part ces exceptions, le rôle purement médical du personnel soignant se résume à l'administration exacte et rigoureuse des médicaments et des régimes prescrits par le médecin, rôle d'ailleurs important aux yeux du corps médical. C'est ainsi que Landes, infirmier, a été, sur ordre du médecin, renvoyé de l'institution, car il avait vendu des aliments à ses patients, ce qui aurait tué plusieurs malades<sup>101</sup>.

D'autres hôpitaux, et notamment ceux qui abritent des sœurs hospitalières, très probablement ceux dans lesquels les médecins et chirurgiens se font très rares, ou au contraire les infirmeries qui sont uniquement axées sur l'essor des soins médicaux, demandent à leur personnel une plus grande implication dans l'administration de soins. A Riom et à Clermont, par exemple, les sœurs hospitalières sont tenues de « servir,

<sup>97</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 76, 24.6.1799.

<sup>98</sup> *Feuille d'Avis de Genève*, 1790, n° 68.

<sup>99</sup> Voir le chapitre n° 1, notamment le paragraphe concernant les maladies de la peau.

<sup>100</sup> Voir les différents registres de comptes, notamment Fe 76, p. 123, 1797.

<sup>101</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 148, 15.6.1813.

panser, médicamenter les malades et infirmes de l'hôtel-Dieu ou les blessés qui ne seront pas atteints de plaies et maladies indécentes à voir ou à traiter, et où il n'y aura pas amputation de membres»<sup>102</sup>; à Edimbourg, ville dont l'infirmierie est très progressiste en matière de soins, la matrone a le droit d'admettre des patients accidentés ou subitement malades, dans les cas où les médecins et les clercs, leurs adjoints, sont absents<sup>103</sup>; en Bourgogne, elles effectuent couramment les saignées<sup>104</sup>. Il est clair qu'un personnel religieux, souvent plus fidèle, peut-être plus cohérent, certainement plus organisé, est plus propice à connaître et à s'approprier certains gestes « techniques », et plus apte à transmettre ces connaissances, et probablement même à vouloir les garder jalousement en vue d'une position plus forte au sein d'une institution. Ces connaissances peuvent non seulement favoriser un pouvoir plus grand, mais également renforcer le sentiment d'être indispensable. Or, cela n'est possible que dans une collectivité dont les liens sont soudés par un même objectif, phénomène peu probable dans une institution embauchant un personnel laïc, composé d'individus ayant leur propre histoire, recrutés la plupart du temps dans un moment de crise individuelle, sociale ou économique.

Le découpage de ces différents qualificatifs peut paraître artificiel, et ne reflète pas vraiment une réalité concrète. Mais il a toutefois été indispensable pour pouvoir comprendre deux éléments importants. D'une part, pour être agréé comme infirmier ou infirmière, les membres du personnel soignant doivent s'adapter aux exigences et de l'institution et des malades, auxquels on accorde une importance non négligeable. On peut d'ailleurs constater que dans certains cas, les qualités relatives aux soins du malade l'emportent sur les défauts d'ordre administratif ou moral, comme en témoigne la longue durée du travail de la veuve Brugnier, qui, malgré plusieurs rappels à l'ordre pour des questions d'économie ou de fantaisie, reste dans l'institution, en raison de la qualité des soins administrés aux malades.

D'autre part, malgré que les sources ne laissent pas percevoir la nature de la rencontre entre les malades et ceux qui sont chargés de leur soins quotidiennement, on sait l'importance que la direction accorde à cette relation, puisqu'elle insiste sur les qualités humaines requises auprès de ce personnel; toutefois, on connaît beaucoup moins bien la mise en application de ces exigences. En effet, si certains sont régulièrement loués pour

<sup>102</sup> Cité par GUTTON 1987, p. 15.

<sup>103</sup> RISSE 1986, p. 78.

<sup>104</sup> BOLOTTE 1968, p. 283.

leur douceur et leur zèle dans leur travail, comme Eckert ou Haas, d'autres sont sujets à plaintes de la part des malades. C'est ainsi que Suzanne Tivent, native de 24 ans, se plaint d'avoir été maltraitée par la servante des femmes malades qui l'aurait menacée<sup>105</sup>. La veuve Say, gouvernante de la chambre des femmes malades, est, quant à elle, plusieurs fois exhortée à montrer plus de douceur et de patience à l'égard des femmes de son service<sup>106</sup>. Mais pour la plupart des gouverneurs et des domestiques, les informations sont inexistantes, ce qui nous prive de toute perception de la relation entre les différents occupants des chambres des malades, relation basée, semble-t-il, essentiellement sur la personnalité des soignants, les exigences en matière de connaissances médicales ou de formation étant pratiquement nulles.

Si l'on considère le travail actuel des infirmiers et infirmières, empreint d'innombrables gestes techniques très sophistiqués, leur formation longue et relativement théorique, on peut difficilement établir des liens avec le travail de leurs prédécesseurs. Cependant, la relation établie entre une personne soignante et un malade souffrant reste de même nature, et la douceur recherchée par les directeurs du XVIII<sup>e</sup> siècle recouvre en grande partie l'empathie dont on parle aujourd'hui. La phrase suivante témoigne du caractère permanent et immuable du lien qui unit le soignant au malade et nous montre peut-être que l'infirmière de la fin du XX<sup>e</sup> siècle n'est pas aussi étrangère aux soignants du XVIII<sup>e</sup> siècle qu'il n'y paraît, malgré le fossé technique qui s'est lentement et inexorablement creusé pendant ces deux siècles :

«... L'infirmière et l'aide soignant doivent manifester envers le malade attention, gentillesse, respect. Le mourant a besoin d'une personne qui l'accompagne et non de quelqu'un qui «agit et s'agite». Cette présence est parfois difficile à assurer. La mort de l'autre nous renvoie à notre propre mort»<sup>107</sup>.

Cette affirmation nous permet de relier le domestique de l'Ancien Régime à l'infirmier ou l'infirmière du notre fin de siècle.

## B. Une vocation pour laïcs?

Il est bien clair que ni la veuve La Colombière, ni la veuve Brugnier, ni les époux Haas, ni le couple Ecker, pour ne citer qu'eux, n'ont été «appelés» à devenir soignants de l'Hôpital. Tous sont arrivés là au hasard

<sup>105</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 241, 10.11.1762.

<sup>106</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, pp. 263 et 341, 28.12.1768 et 4.1.1770, Aa 106, p. 355, 3.1.1775.

<sup>107</sup> D. Schwab, «La mort et les soins aux mourants» dans la revue *Soins*, t. 26, n° 8, 20.4.1981, cité par IMBERT 1993, p. 355.

d'un chemin économiquement difficile, d'un passé d'assisté, d'un séjour hospitalier. Néanmoins, tous sont restés longtemps à remplir leur office, ne profitant visiblement pas de la première occasion pour s'en aller, et semblant même vivre en harmonie avec le reste du personnel et la direction.

### 1. *Recrutement*

Au début de la période concernée, le recrutement semble difficile et la plupart des gouverneurs, des gouvernantes ou des domestiques sont des assistés de l'Hôpital que l'on prend pour éviter de leur verser une assistance; cela permet d'engager certaines personnes à moindre frais, comme La Crottet, qui, sortie de la maison de correction, remplit l'office de servante durant quelques années dans la chambre des femmes malades, sans autres gages que son entretien. Mais la direction mesure les inconvénients de ce système basé sur une sorte d'échange de service, qui implique un travail contre l'essentiel pour vivre, écartant toute idée de salaire. Cet échange semble oublier l'importance de la récompense et tourne parfois au détriment de la direction. En effet, après avoir été très contente des services de La Crottet, les directeurs constatent qu'elle se met à boire et travaille mal; suite à cette mauvaise expérience, l'hospitalier propose de prendre une autre servante, à gage cette fois, pour soulager la gouvernante de la chambre<sup>108</sup>. Sept ans auparavant, la direction avait abouti aux mêmes conclusions, lorsqu'elle avait fait sortir la veuve Gachet de la Discipline pour prendre soin des vénériens, ne trouvant même personne dans la Maison pour faire ce travail; cette dernière ne resta pas longtemps, et finit par s'enfuir; le directeur fut mandaté pour trouver quelqu'un qui voudrait bien remplir cet office, en lui donnant «s'il le faut» des gages<sup>109</sup>. Bien que plus rare, le recrutement des assistés de la ville se retrouve encore au début du XIX<sup>e</sup> siècle: en 1813, les directeurs sont chargés d'indiquer les individus de leur quartier qui seraient capables d'exercer les fonctions d'infirmiers<sup>110</sup>; contrairement à leurs prédécesseurs, ces infirmiers sont toujours payés. Ce recrutement parmi les personnes assistées reste préconisé par Tenon, dans un rapport de 1787, qui

<sup>108</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 481, 9.4.1755.

<sup>109</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 101, pp. 366 et 387, 8.12.1748 et 19.1.1749. Cet exemple illustre bien la manière empirique de procéder de la direction, qui constate qu'il vaudrait mieux payer quelqu'un pour une tâche précise, celle de soigner les vénériens en l'occurrence, et qui six ans plus tard, en arrive à la même conclusion, comme si elle avait oublié que le problème s'était déjà posé en des termes identiques.

<sup>110</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 143, 18.5.1813.

souligne que les orphelines pourraient devenir de parfaites infirmières, ce qui aurait le double avantage de rendre service à la nation, et d'offrir « une occupation essentielle et avantageuse à elles-mêmes »<sup>111</sup>.

D'autres soignants sont déjà dans la Maison, dans des secteurs différents, et demandent à venir travailler dans une chambre de malades; c'est le cas de la veuve Azémar, qui de gouvernante des linges, devient gouvernante des femmes malades. Cela illustre bien le mouvement qui règne dans l'institution, et prouve, si besoin est, que le terme de spécialisation représente un anachronisme complet. L'institution genevoise n'est de loin pas la seule à connaître ce phénomène, et il n'est pas rare de voir une seule personne exercer simultanément deux fonctions très différentes, comme cette Fille de la Charité à Montpellier, qui s'occupe des aliénés de l'établissement, tout en étant responsable de la cave à vin<sup>112</sup>. A Genève, cet état de fait n'est d'ailleurs pas près de disparaître, puisqu'en 1849, les différentes fonctions demeurent toujours interchangeables: c'est ainsi que le chef de l'infirmerie distribue aussi les pensions des pauvres à l'Hôpital<sup>113</sup>. A cette époque encore, la circulation entre les différentes activités hospitalières est de mise, comme l'atteste le parcours de Françoise Zouber, qui travaille comme infirmière des aliénés d'abord, puis comme lessiveuse du linge des malades, puis comme relaveuse à la grande cuisine, pour aboutir finalement comme servante de la chambre des hommes malades<sup>114</sup>.

La direction privilégie le recrutement de ceux qui ont fait leurs preuves dans l'accompagnement de malades. C'est ainsi que la veuve Adelard, citoyenne et déjà dans la Maison<sup>115</sup>, a soigné et servi une malade pendant plusieurs mois et a ainsi montré ses capacités à prendre soin d'une personne souffrante<sup>116</sup>. David Haas, quant à lui, a passé quelques mois comme malade à l'Hôpital, et lors de sa convalescence a souvent aidé le gouverneur de sa chambre; ce dernier, lors de son départ, propose alors à la direction d'engager Haas pour le remplacer, arguant entre autres du fait qu'il a fait ses preuves en matière de prise en charge de malades<sup>117</sup>. Cela rejoint d'ailleurs ce que nous avons vu plus haut à propos des exigences requises, et cela confirme l'importance accordée aux soins des malades et les aptitudes des personnes susceptibles de soigner des malades. Le fait de prendre

<sup>111</sup> TENON 1788, p. 330.

<sup>112</sup> JONES 1989, p. 137.

<sup>113</sup> DROUX 1993, p. 459.

<sup>114</sup> DROUX 1993, p. 485.

<sup>115</sup> Nous ne savons pas à quel titre. AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 213, 18.8.1762.

<sup>116</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 213, 18.8.1762.

<sup>117</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 296, 30.3.1763.



des convalescents pour aider les gouverneurs n'est pas du tout spécifique à Genève; cette pratique est courante, si l'on en croit Tenon, lorsqu'il écrit que souvent les serviteurs sans gages sont des hommes rétablis de leur maladie, qui restent dans la Maison « pour leur pain »; leur travail consiste à balayer les salles, vider les bassins, faire les lits<sup>118</sup>.

Au fil du temps, la direction a moins de peine à trouver des candidats. La crise économique que connaît la cité à la fin du siècle explique en partie l'afflux toujours plus grand de candidats à chaque poste de travail libéré. En effet, en 1779, lorsque la direction cherche à remplacer le gouverneur des aliénés, six personnes se présentent; en 1797, dix candidats postulent pour servir dans la chambre des hommes malades et en 1810, 22 personnes répondent à l'offre d'emploi visant à embaucher un gouverneur pour les aliénés.

Au début de la période étudiée, le recrutement, pas plus que la formation, ne montre une spécificité en relation avec les malades, excepté la relative importance accordée à ceux qui ont eu une expérience préalable d'une chambre de malade; en 1789 encore, lorsque l'on demande, par le truchement de questions posées lors d'un rapport sur l'institution, à Abraham Joly, hospitalier du moment, comment s'opère le choix des infirmiers ou infirmières, la réponse: « au hasard » illustre bien l'absence de politique dans ce domaine<sup>119</sup>. Cependant, on peut voir, en cherchant bien, une légère tendance, parfois indirecte, à la « médicalisation » de l'emploi: en 1797, parmi les dix candidats au poste de gouverneur de la chambre des hommes malades, la direction embauche Bandillon, en raison de ses quelques connaissances en chirurgie<sup>120</sup>; quelques années plus tard, en 1801, Bandillon meurt et Bovet est engagé à sa place, sur l'avis favorable du médecin. Ajoutons aussi qu'à partir de ce début de siècle, les infirmiers sont pris à l'essai pendant deux ou trois mois, comme c'est le cas de Liaudet, indienneur, et de sa femme, engagés comme infirmiers des aliénés<sup>121</sup>. Cet engagement à l'essai permet bien entendu non seulement de vérifier que le candidat est adéquat aux soins des malades mais également de laisser le temps nécessaire à la direction de s'assurer qu'il est également en accord avec les exigences imposées par la Maison, notamment sur le plan de la moralité et du comportement. Plus avant dans le XIX<sup>e</sup> siècle, d'ailleurs, ces enquêtes sur la moralité du personnel perdurent, comme le montre Joëlle Droux<sup>122</sup>.

<sup>118</sup> TENON 1788, p. 308.

<sup>119</sup> AEG, Archives privées 128, enveloppe 70.

<sup>120</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 449, 4.8.1797.

<sup>121</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 226, 8.3.1814. Leur engagement n'est confirmé qu'au début de 1815.

<sup>122</sup> DROUX 1993, p. 472.

La première fois qu'apparaît la parole d'un médecin en matière de recrutement, ou de problème en début d'entrée en fonction, elle concerne la veuve Segmuller, engagée en 1764; on constate alors qu'elle n'a pas de vices, mais qu'il lui manque quand même les capacités nécessaires à son emploi, selon les dires du docteur Manget<sup>123</sup>. Cependant, comme personne ne s'est proposé pour la remplacer, et comme elle s'est donnée plus de peine, la direction décide de la garder<sup>124</sup>. En 1797, les médecins et chirurgiens sont appelés à donner leur avis sur la candidature d'un gouverneur de la chambre des hommes malades, et ont même été appelés à examiner les «prétendants», concluant que seul Bandillon peut être engagé, en raison de ses quelques connaissances en matière de chirurgie<sup>125</sup>, comme il a déjà été vu plus haut. En 1801, le médecin exprime un avis favorable sur un infirmier à l'essai<sup>126</sup>; néanmoins, Bovet, l'infirmier en question, s'aperçoit très rapidement qu'il ne peut pas s'entendre avec la veuve Bandillon, son aide, et annonce qu'il démissionne si leur association doit durer. La direction refuse de prendre une décision sans l'avis du médecin, avis relatif à ses capacités d'infirmier<sup>127</sup>. En 1809, les directeurs décident de prendre en considération les remarques constamment faites par les médecins de la Maison sur l'incapacité et le défaut d'intelligence des infirmiers<sup>128</sup>; enfin en 1814, un infirmier, dont le médecin est satisfait, est engagé<sup>129</sup>. A cette même époque, ou presque, le docteur Coindet demande le renvoi de deux infirmiers en raison de leur paresse, de leur insolence, et du fait que l'un d'eux vend des aliments aux malades<sup>130</sup>. A partir de 1813, les médecins et chirurgiens s'expriment chaque année sur le travail des infirmiers et infirmières.

En résumé, en matière de recrutement, le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle ne connaît aucune spécificité pour l'embauche du personnel soignant, choisi le plus souvent parmi des convalescents, des assistés ou encore des personnes qui travaillent dans d'autres secteurs de l'institution. En cela, l'établissement genevois ne fait que se conformer à ce qui se passe ailleurs. A Toulouse, par exemple, durant l'époque révolutionnaire, on apprend que «la citoyenne Campardon, affligée d'un cancer du sein, est incapable de service. Il en était de même de la citoyenne Lafforgue à cause de son

---

<sup>123</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 474, 5.12.1764.

<sup>124</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 26, 26.12.1765.

<sup>125</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 449, 27.9.1797.

<sup>126</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 163, 2.1.1801.

<sup>127</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 177, 16.2.1801.

<sup>128</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 263, 25.4.1809.

<sup>129</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 209, 18.1.1814.

<sup>130</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 148, 15.6.1813.

grand âge, ou encore la citoyenne Chipolet, dont la réception par l'ancienne administration est motivée sur son extrême misère, est incapable de servir à cause de son âge<sup>131</sup>.

Toutefois, au cours des années, un léger accent est mis sur la médicalisation, notamment par la présence plus importante du corps médical lors de décisions à prendre à l'égard du personnel. Cependant, l'institution genevoise semble encore loin de l'Hôpital général de Grenoble, qui, dès 1766, avant d'embaucher du personnel infirmier, fait passer des épreuves de pansements et de distribution de remèdes<sup>132</sup>.

Pour conclure ce paragraphe, il faut ajouter qu'il manque un élément essentiel à cette réflexion: le libellé des offres d'emploi que la direction fait publier dans la Feuille d'Avis de Genève, à plusieurs reprises. En effet, dans les années 1760 notamment, l'on sait qu'au moins cinq avis paraissent dans ce journal pour trouver un gouverneur des aliénés<sup>133</sup>, ou une servante pour la chambre des hommes malades, notamment<sup>134</sup>. Or, par un malheureux concours de circonstances, les numéros concernés ont disparus. Néanmoins, au hasard d'une lecture rapide, j'ai pu retrouver deux appels d'offre, le premier de 1784 relatif à l'embauche d'un infirmier militaire, dont voici la teneur:

«On demande pour inspecteur des salles de l'Hôpital, où sont placés les soldats malades du régiment de la République, une personne qui ait de la douceur, de la fermeté et de l'exactitude, qui sache lire et écrire, et qui soit en état de tenir un registre avec ordre et netteté; on lui fera des conditions dont elle sera contente. S'adresser à Monsieur Tronchin, conseiller militaire; ou à Monsieur Fine, chirurgien major dudit régiment. Si la personne parloit la langue allemande, elle seroit préférée»<sup>135</sup>.

Si le début est conforme à ce qui vient d'être dit plus haut, la référence à un registre impliquant la nécessité de savoir lire et écrire, n'apparaît jamais ailleurs, et est peut-être propre au caractère militaire de la demande. La seconde offre, de 1810, a trait au poste d'infirmier en chef des insensés; elle est libellée de la manière suivante:

«La place de l'Infirmier en chef des insensés à l'Hôpital étant vacante, on invite les personnes mariées qui voudraient y prétendre, à se présenter à Monsieur le Directeur Revilliod, elle obtiendrait de lui les informations sur cette place dont elle pourroit avoir besoin. Il est important que la femme de l'Infirmier soit en état de soigner les malades de son sexe»<sup>136</sup>.

<sup>131</sup> GUILLERMAND 1988, p. 245.

<sup>132</sup> CUGNETTI 1978, t. 1, p. 279.

<sup>133</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 130 et 143, 25.11 et 30.12. 1761.

<sup>134</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 292 et 307, 13.3. et 1.5.1763.

<sup>135</sup> Feuille d'Avis de Genève, n° 35, 1.5.1784, p. 232.

<sup>136</sup> Feuille d'Avis de Genève, n° 76, 22.9.1810, p. 547.

Plus laconique que la précédente sur les exigences requises, elle montre cependant l'importance du couple dans ce secteur, importance dont il sera question plus loin.

## 2. *Conditions de travail*

Les conditions de travail sont difficiles, d'abord parce que, comme nous l'avons vu plus haut, la direction exige une disponibilité de tous les instants, disponibilité qui s'apparente à une forme de détention pour certains. Le règlement de 1771 stipule d'ailleurs bien clairement que les gouvernantes ne peuvent rien entreprendre pour elles-mêmes, «tout leur temps devant être employé pour le service de la Maison». En outre, quand leur emploi du temps le leur permet, les soignants, comme les autres employés de l'institution, doivent remplir les exercices de piété matin et soir<sup>137</sup>.

Les gouverneurs et gouvernantes dorment dans la chambre des malades, dans lesquelles quatre lits leurs sont réservés<sup>138</sup>. En 1803, suite à des plaintes formulées contre le fait que les malades ne sont pas réellement veillés la nuit, la direction s'interroge sur la nécessité d'engager deux veilleuses, interrogation qui semble rester lettre morte jusqu'en 1814<sup>139</sup>. La même structure dure par conséquent jusqu'en 1814, date à laquelle un médecin demande que seul l'infirmier de garde reste dans la chambre la nuit<sup>140</sup>. Cette décision est prise assez tardivement, si l'on songe que Tenon, dans un rapport de 1788, s'insurge contre cette situation, inacceptable selon lui, car, n'ayant aucun endroit pour se retirer la nuit, les infirmiers et infirmières de l'hôtel-Dieu ne peuvent «prendre un repos nécessaire qui les mette en état de supporter les fatigues du jour»<sup>141</sup>. Il est vrai que, dans une chambre d'une vingtaine de lits occupés par des malades parfois gravement atteints, souvent souffrant de mille maux, le sommeil du personnel ne devait pas être particulièrement réparateur.

Il est très difficile de rendre compte des différents salaires, en raison de sources souvent lacunaires, dans le meilleur des cas laconiques, qui ne distillent que de rares bribes d'information, interdisant toute interprétation.

<sup>137</sup> AEG, Arch. hosp. Ag 3, règlement de 1771.

<sup>138</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, pp. 249-250, 24.5.1789.

<sup>139</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 2, 2.8.1803. En 1805, Abraham Joly, alors président de l'institution, constatant une plus grande mortalité, propose d'engager deux veilleurs pour les hommes malades et deux veilleuses pour les femmes malades. Rien ne laisse supposer que ce désir ait été réalisé (AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 84, 19.2.1805).

<sup>140</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 217, 21.2.1814.

<sup>141</sup> TENON 1788, p. 314.



Toutefois, un constat semble se profiler : les différentes gouvernantes qui se succèdent ne gagnent pas la même somme d'argent. Il est très probable que certaines reçoivent moins, en échange de la prise en charge d'un membre de leur famille par exemple ; Elisabeth Cassin, se plaint de gagner moins que la dénommée Richard, malgré le fait que cette dernière s'occupe d'un département moins pénible qu'elle. La direction lui répond que cette différence de traitement s'explique par le fait que la fille d'Elisabeth Cassin est en partie prise en charge par l'institution<sup>142</sup>. Certains ne reçoivent aucune rémunération, si ce n'est un lit et de la nourriture, tels les assistés mentionnés ci-dessus, ou Jacob Ebrahi, gouverneur de la chambre des vénériens, qui pendant près de dix ans, travaille sans salaire ; lorsqu'en 1770, il ose demander une rémunération pour son office, il se voit répondre que la direction prendra en considération sa demande s'il se conduit bien ; il décide alors de quitter l'institution<sup>143</sup>. Malheureusement il est rare que nous ayons connaissance de tels détails pécuniaires de l'engagement de chacun des employés, mais nous savons en revanche que toutes les servantes reçoivent un tablier et une paire de souliers.

Il n'en demeure pas moins que certaines tendances sont à souligner. En premier lieu, le personnel en charge des malades n'est pas mieux payé que les responsables des valides ; la gouvernante des linges est, par exemple, rémunérée au même tarif que la gouvernante des femmes malades, tandis qu'en 1762 le domestique de la chambre des hommes malades reçoit le même salaire que le valet d'écurie<sup>144</sup>.

Il faut noter que l'augmentation des salaires n'est pas exclue. Ainsi la direction augmente les gages de la gouvernante des aliénés à 10 écus, en 1759, pour avoir « quelques bons sujets »<sup>145</sup>, tandis que le domestique des hommes malades reçoit une augmentation substantielle de ces gages, en 1762, qui passent de 84 à 105 florins par an, malheureusement sans explication<sup>146</sup>. Mais c'est surtout à la fin du siècle que les employés commencent à recevoir une augmentation, en commençant par les gouverneurs de la Discipline, qui passent de 157,6 florins à 262,6 florins pour six mois en 1789<sup>147</sup>. Quelques années plus tard, les gouverneurs de la chambre des hommes malades reçoivent 420 florins à la place de 315, car il est nécessaire d'avoir une femme et un homme à cet office considéré comme très pénible.

<sup>142</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 93, 22.6.1757.

<sup>143</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 361, 11.4.1770.

<sup>144</sup> AEG, Arch. hosp. Ba 52.

<sup>145</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 430, 22.4.1759.

<sup>146</sup> AEG, Arch. hosp. Ba 52, p. 65, 1762.

<sup>147</sup> AEG, Arch. hosp. Ba 57, p. 68, 1789. C'est le livre des comptes du receveur qui nous apprend cette augmentation, ce qui ne nous permet pas de connaître l'explication de cette hausse de salaire.



Cette augmentation à ce moment précis est étonnante car l'institution connaît des soucis d'argent depuis quelques années, et l'argument qui la motive est d'autant plus surprenant que cela fait déjà plus de vingt ans qu'un couple travaille à cet office et est payé en conséquence<sup>148</sup>. On peut donc imaginer qu'il s'agit d'une volonté de la direction de revaloriser cette fonction, dans la mesure où, à première vue, rien d'extérieur ne vient rendre le travail plus difficile qu'auparavant. Dans la même foulée, le gouverneur de la chambre des vénériens passe de 262 à 300 florins, son emploi n'étant pas très pénible, mais « bien dégoûtant »; cet office nécessite aussi un homme et une femme, tandis que la gouvernante des femmes malades est toute seule; elle est toutefois également augmentée, car sa place est pénible<sup>149</sup>. En 1813, les infirmiers gagnent 17 florins par mois, soit 204 florins par an<sup>150</sup>.

Pour avoir quelques éléments de comparaison, il faut savoir que lorsqu'un domestique gagne 105 florins par an<sup>151</sup> en 1762, un cuisinier gagne en 1759 315 florins par an et un serviteur d'épicier 525 florins par an en 1775<sup>152</sup>. Cela constitue une différence énorme, qu'il faut cependant relativiser puisque les employés de l'Hôpital n'ont pas besoin de payer leur logement (qui coûte environ 400 florins par année à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>153</sup>), ni leur nourriture. Cela dit, ces quelques informations nous permettent tout de même de penser que le personnel de l'Hôpital n'est pas particulièrement bien loti en matière de salaire, ce qui est d'ailleurs le cas dans bon nombre d'autres institutions hospitalières; à l'Infirmierie d'Edimbourg, les infirmières sont sous-payées, ce qui explique en partie la mauvaise qualité de leur travail<sup>154</sup>.

Parallèlement à leurs gages, quelques avantages ponctuels peuvent être octroyés à certains éléments particulièrement appréciés par la direction. C'est ainsi que David Ecker, souffrant d'un bras, demande l'autorisation d'aller prendre les bains à Baden pendant six semaines. Comme les directeurs en sont très satisfaits, ils décident de lui payer les frais du voyage<sup>155</sup>. Il en est de même pour Elisabeth Cassin, déjà mentionnée, qui, « très malade et atteinte d'éthisie », reçoit une petite pension pour aller se soigner quelques mois à la campagne<sup>156</sup>.

<sup>148</sup> En 1771, les époux Haas sont déjà payés 315 florins pour cette tâche: AEG, Arch. hosp. Ba 53, p. 138.

<sup>149</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 259, 3.12.1794.

<sup>150</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 152, 29.6.1813.

<sup>151</sup> Le gouverneur de cette même chambre gagne le double.

<sup>152</sup> BABEL 1916, pp. 481 et 483.

<sup>153</sup> Renseignement aimablement fourni par Madame Barbara Roth.

<sup>154</sup> RISSE 1986, p. 78.

<sup>155</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 81, 15.4.1761.

<sup>156</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 454, 11.7.1759.

La retraite peut constituer un des «avantages» de cet emploi, du moins pour ceux qui sont depuis longtemps au service de la Maison. C'est ainsi que la veuve La Colombière, qui n'est plus en état de travailler, demande sa décharge, avec la permission de garder le lit qu'elle occupe dans la chambre des femmes malades; la direction accepte, car elle est contente de ses douze ans de service, et elle continue à recevoir son salaire de 10 écus par an jusqu'à sa mort<sup>157</sup>. En revanche, la veuve Bandillon se voit refuser sa demande de pension, car elle n'est là que depuis six ans<sup>158</sup>. Là encore, les critères sont empiriques: la veuve Segmuller, qui ne travaille que depuis quatre ans, et dont ne sont satisfaits ni la direction, ni le médecin, qui de plus n'est pas genevoise, n'a pas droit à la retraite; elle se voit cependant tout de même prise en charge jusqu'à la fin de sa vie<sup>159</sup>. Cela s'explique très certainement par le fait que dans les années 1760, l'Hôpital ne connaît pas d'aussi graves difficultés financières que 40 ans plus tard et que les directeurs peuvent se permettre plus de largesses. Avec le temps, les conditions de retraite ne s'améliorent pas, si l'on en croit la requête d'Abraham Haas, qui demande une pension en 1797, après 35 ans de service pour lui, 14 ans pour sa femme, et surtout après avoir été abondamment apprécié et félicité; pour obtenir une pension, il doit effectuer un recours au Conseil administratif, appuyé en cela par la direction qui s'estime très satisfaite des services de ce couple. On ne sait malheureusement pas s'il a obtenu gain de cause<sup>160</sup>.

A propos de la durée du travail, sur les 34 personnes recensées et pour lesquelles nous avons une idée du temps de travail effectué au service des malades de l'institution, 16 personnes demeurent attachées à leur service au moins 5 ans, parmi lesquels 4 travaillent plus de 15 ans, dont Jeanne Marie Servières, engagée comme servante des femmes malades le 1er janvier 1765, et qui est encore très appréciée en 1804<sup>161</sup>. Sur un nombre aussi restreint, un tableau m'a semblé plus parlant que de savantes statistiques.

On le voit il s'agit d'un personnel relativement fidèle, contrairement à ce que Joëlle Droux a trouvé quelques décennies plus tard, époque à laquelle 43% du personnel restait moins de 18 mois<sup>162</sup>. En raison d'une source lacunaire, ces chiffres ne sont qu'indicatifs, et la comparaison de ce fait devient un peu boiteuse; ceci d'autant plus que les sources men-

<sup>157</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 461, 1.8.1759.

<sup>158</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 184, 9.3.1801.

<sup>159</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 188, 14.2.1768.

<sup>160</sup> AEG, R.R. fonctionnaires III, employés de l'Hôpital.

<sup>161</sup> AEG, Arch. hosp. Fd 3, p. 129, et Ab 2 p. 75, 25.12.1804.

<sup>162</sup> DROUX 1993, p. 479. Soulignons ici que nos chiffres ne sont qu'indicatifs, dans la mesure où le livre des gages est lacunaire entre 1787 et 1814.

Tableau des durées de service connues.

|                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| Pernette Emery                 | 11 ans. Meurt en service          |
| Magdelaine Renaud              | 5 ans. Meurt en service           |
| Marguerite Nicaud              | 2 ans. Quitte l'Hôpital           |
| Elisabeth Cassin               | 12 ans. Retraite dans l'Hôpital   |
| Marie Gardiol                  | 18 mois. Quitte l'Hôpital         |
| Jeanne Gay                     | 1 an. Quitte l'Hôpital            |
| Marie Pasteur                  | 9 ans. Meurt                      |
| David Ecker                    | Plus de 5 ans. Change de fonction |
| Marie Pecoud                   | 3 ans. Quitte l'Hôpital           |
| Madelaine Martin               | 8 ans.                            |
| Madelaine Laballe              | 1 an. Quitte l'institution        |
| Marguerite Merlaz (?)          | 1 an. Meurt                       |
| Jeanne Marie Gervais           | 1 an. Meurt                       |
| Madelaine Devaux               | 6 mois. Quitte l'institution      |
| Louise Chabrol                 | 5 ans. Quitte l'institution       |
| Anne Estre                     | 4 ans. Quitte l'institution       |
| Aimée Fol-Lugrin               | plus de 5 ans                     |
| Judith Maudry                  | plus de 25 ans                    |
| Elisabeth Lullin               | 2 ans. Meurt                      |
| Elisabeth Champury             | 4 ans. Quitte l'institution       |
| Marguerite Laget               | plus de 12 ans                    |
| David Haas                     | plus de 35 ans                    |
| Jeanne Marie Servières         | plus de 35 ans                    |
| Jean-François et Suzanne Gros  | plus de 6 ans                     |
| Jean-Louis et Isabelle Liaudet | plus de 6 ans                     |
| Jacob Ebrahi et sa femme       | 2 ans                             |
| Veuve Vingre                   | 4 ans                             |
| Veuve Royer                    | 3 ans                             |
| Veuve Brugnier                 | plus de 15 ans                    |

tionnent bien sûr ceux qui restent plus longtemps. Il n'en demeure pas moins que le personnel soignant est plus stable à la fin de l'Ancien Régime, même s'il s'agit d'un personnel laïc. La crise économique traversée par la ville à cette époque est sûrement un des motifs principaux susceptible d'expliquer cette relative fidélité. Mais il semblerait également que les conditions de travail, bien que très difficiles, paraissent tout de même acceptables, dans la mesure où, comme on l'a vu plus haut, la direction peut faire preuve d'une certaine souplesse quand un employé répond à ses attentes. Dans ce cas, une relation harmonieuse peut

s'installer entre les employeurs et le personnel, qui convient alors aux deux parties. Cette adéquation se retrouve dans d'autres hôpitaux, en Bourgogne notamment, car « la grande majorité » des hospitalières, bien que leurs vœux aient un caractère temporaire, « ne quitte plus l'hôpital, où elles servent jusqu'à la limite de leurs forces »<sup>163</sup>.

### 3. Féminisation

« En Angleterre, on emploie de préférence des infirmières: on y ménage cette occupation aux femmes d'abord parce qu'il est difficile de leur procurer des moyens de subsister, ensuite afin de conserver les hommes à la Marine, qui en consomme beaucoup: ajoutez que les femmes sont plus entendues auprès des malades, plus propres et plus compatissantes »<sup>164</sup>.

Ils sont nombreux, ceux qui accordent leur confiance aux femmes, dans le domaine des soins, comme Tissot, lorsqu'il affirme

qu'« une charité plus active, une patience plus soutenue, une vie moins ambulante, une sagacité... admirée chez plusieurs à la ville et à la campagne, et qui fait qu'elles observent avec une exactitude, et qu'elles démêlent les causes cachées des symptômes avec une facilité qui feroit honneur aux meilleurs praticiens; enfin un don marqué pour s'attirer la confiance du malade, sont autant de caractères qui établissent leur vocation »<sup>165</sup>.

Louis Vitet, médecin lyonnais, dans sa *Médecine du Peuple*, publiée en 1804, recommande, à propos des gardes-malades: « Préférez pour gardes-malades les femmes aux hommes: elles sont plus douces, plus patientes, plus complaisantes, plus vives et plus adroites »<sup>166</sup>, de même que l'auteur de l'article de Panckoucke sur le même sujet: « La femme est douée, plus que l'homme, de cette patience si nécessaire pour soigner les malades; la femme est plus habituée que l'homme à la vie sédentaire, et possède mieux que lui cet esprit d'ordre et de propreté qui convient aux occupations domestiques »<sup>167</sup>. Il est à noter au passage, qu'en 1816, la fonction de gardes-malades est encore fortement assimilée aux tâches domestiques. On peut facilement remettre ces quelques citations dans le contexte plus général de celui de l'histoire de la femme, cette dernière étant supposée, au XVIII<sup>e</sup> siècle, avoir « un rôle de génitrice, [qui] va de pair avec le statut de servitude domestique »<sup>168</sup>. Cependant, cette louange des femmes est nuancée par

<sup>163</sup> BOLOTTE 1968, p. 280.

<sup>164</sup> TENON 1788, p. 327.

<sup>165</sup> TISSOT 1770, p. 21.

<sup>166</sup> GUILLERMAND 1988, p. 249.

<sup>167</sup> PANCKOUCKE 1812-1822, t. 16.

<sup>168</sup> CRAMPE-CASSANET 1991, p. 342.

certain auteurs, notamment par Joseph Dulaurens, qui affirme que bien que l'opinion générale loue le goût de l'ordre et de la propreté des femmes

«l'expérience nous démontre que plusieurs hôpitaux tenus par des hommes sont très propres et bien administrés. La douceur même des femmes est souvent un obstacle au maintien du bon ordre; leur cœur plus facile, leur esprit moins fort, les rendent souvent trop dociles aux désirs des malades, et trop peu attentives à ceux des officiers de santé»<sup>169</sup>.

Il termine en précisant que les femmes doivent soigner des femmes et les hommes des hommes.

Même si, au vu de nos connaissances, une grande majorité des soignants sont des femmes, on pourrait dire que la féminisation du personnel n'est, à quelques exceptions près, pas de mise dans l'Hôpital genevois, car cette domination du personnel féminin ne résulte pas d'une politique délibérée de la part de la direction, mais plutôt d'une situation sociale et économique, le tiers de l'équipe soignante étant composé de veuves. Au contraire, les directeurs cherchent une alliance des deux sexes au sein des chambres des malades, notamment pour les hommes malades, puisque dès les années 1770, un couple se voit responsable de ce secteur. Jusqu'à la fin du siècle, il s'agit de couples mariés, malgré l'interdit du règlement. En 1801, un homme et une femme sont amenés à travailler ensemble, mais ne parviennent pas à s'entendre, et le gouverneur menace de partir si la gouvernante reste. La direction finit par donner la charge au gouverneur, renonçant à l'idée d'un couple responsable<sup>170</sup>. L'infirmier reste donc seul, recevant le salaire des deux personnes, mais se voyant refuser un aide<sup>171</sup>. Il ne demeurera finalement pas longtemps dans la Maison, car il épouse la gouvernante des femmes malades, qui tombe enceinte; les deux doivent partir<sup>172</sup>. On apprend par hasard, deux ans plus tard, qu'ils sont toujours là, ayant conservé la même fonction de gouverneurs de la chambre des hommes malades<sup>173</sup>. Au-delà de l'anecdote, on peut constater qu'un modèle familial et peut-être un peu paternaliste sous-tend cette organisation, modèle clairement affirmé dans l'offre d'emploi concernant le poste d'infirmier des aliénés déjà cité dans le paragraphe relatif au recrutement. Le couple remplirait la fonction de «parents» vis-à-vis de leurs malades.

Cependant, certaines tâches semblent être, aux yeux des directeurs, mieux remplies par les femmes. C'est en tout cas ce qu'ils constatent en

<sup>169</sup> CRAMPE-CASSANET 1991, p. 234.

<sup>170</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 184, 9.3.1801, p. 279, 13.1.1802.

<sup>171</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 303, 24.3.1802.

<sup>172</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, pp. 305 et 341, 12.4 et 10.11.1802.

<sup>173</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 75, 25.12.1804.



1813, quand ils décident d'engager quatre ou cinq femmes, destinées à être réparties dans les chambres des hommes malades, pour en surveiller la propreté, la bonne tenue des lits et donner aux malades les soins qui sont de leur ressort. Soulignons qu'en cela, les directeurs ne font que renouveler un « ancien usage tombé en désuétude »<sup>174</sup>. Par conséquent, là où l'on pourrait voir une tendance à la féminisation du personnel soignant comme c'est le cas à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il semble que cela constitue plutôt un rappel du passé.

Finalement, le terme de vocation ne convient pas si l'on songe à la motivation qui a amené le personnel soignant à proposer ses services à l'Hôpital genevois; cette motivation est certainement moins animée par la charité chrétienne qu'imposée par des conditions socio-économiques difficiles, soit du point de vue personnel, soit du point de vue de la ville. Néanmoins, si l'on considère le dévouement exigé, notamment dans le domaine de la présence des soignants, présence continue et inconditionnelle, et que l'on y ajoute le fait qu'ils ont été relativement nombreux à travailler plus de dix ans au sein de l'établissement, on peut tout de même en conclure que le travail à l'Hôpital suggère une sorte d'abnégation volontaire.

### C. Un office reconnu?

#### 1. Valorisation du personnel soignant

La citation qui ouvre ce chapitre, insistant sur l'importance du personnel soignant, et issue d'un grand dictionnaire médical du début du XIX<sup>e</sup> siècle, signifie qu'au moins théoriquement, le corps médical accorde un certain poids à la profession d'infirmière. William Ellis, médecin anglais mort en 1785, fait écho, ou plutôt anticipe cette manière de considérer les soignants, notamment le personnel des asiles d'aliénés, dans son livre intitulé *Treatise on Insanity*; il insiste à plusieurs reprises sur le fait qu'une bonne prise en charge par le personnel infirmier peut calmer les patients dérangés, encourager les déprimés et donner de l'espoir aux désespérés<sup>175</sup>. Peut-on alors concevoir que la direction de l'institution genevoise accorde autant d'importance à son personnel soignant?

Il serait, en premier lieu, totalement erroné de considérer le personnel soignant dans son ensemble, comme une entité cohérente ayant une

<sup>174</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 149, 15.6.1813.

<sup>175</sup> Cité par NOLAN 1993, p. 1195.

identité propre. La direction traite avec chacun des individus qui travaille pour elle, soignant ou non, et il faut bien le dire, ce sujet ne semble pas préoccuper très souvent les directeurs, du moins si l'on en croit leur délibérations passées à la postérité. En règle générale, quelques exceptions mises à part, les administrateurs ne parlent de leurs employés qu'une fois par année, lors du grabeau, et encore, simplement pour dire que les gens sont « continués »<sup>176</sup>. Mise à part l'augmentation de salaire des années 1794-1795, qui semble avoir touché la plupart des soignants, et que l'on pourrait donc considérer comme une valorisation de leur travail, rien ne laisse penser que l'institution tient son personnel en grande estime.

Néanmoins, la direction ne se prive pas d'accorder de l'importance à certains individus, parmi lesquels David Haas, dont on a déjà maintes fois parlé. Non seulement, il est très apprécié pour son travail, mais on lui confie aussi certains malades, notamment les enfants atteints de fausse rache, qu'il doit soigner soit dans l'institution, soit à domicile. D'autre part, lorsqu'il demande à changer de secteur, fatigué par une charge qu'il estime trop lourde, la direction lui demande instamment de rester dans son service, car, l'hospitalier étant en train de changer, il y aurait inconvénient à changer aussi d'infirmier dans la chambre des hommes malades, département de grande importance<sup>177</sup>; il est de ce fait considéré comme la pierre angulaire de son service.

Par ailleurs, l'infirmier des vénériens est considéré comme responsable de la guérison de ses malades, et son salaire, qui a encore augmenté depuis 1794, est estimé par la direction comme tout à fait justifié, au vu de sa responsabilité<sup>178</sup>. La fonction de cet infirmier est donc incontestablement jugée comme importante, ce qui est étonnant lorsque l'on sait par les registres des comptes que le traitement des vénériens est effectué par les aides du chirurgien.

Gaspard De la Rive, médecin responsable des aliénés, reconnaît aussi une grande importance à son infirmier et à sa femme; il témoigne, dans un rapport de 1813, qu'une de ses malades, atteinte de mélancolie religieuse très grave, a été guérie grâce aux soins soutenus et délicats de la femme Valoton<sup>179</sup>.

<sup>176</sup> Un seul « corps de métier » fait exception à la règle, celui des chasse-gueux, qui donnent beaucoup de soucis aux directeurs. Mais sont-ce les chasse-gueux eux-mêmes, ou le lancinant fantasme des mendiants qui les préoccupent le plus?

<sup>177</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 108. 27.3.1793.

<sup>178</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 76, 24.6.1799. Le livre des comptes du receveur se terminant en 1792, je n'ai pas pu regarder systématiquement les salaires et leurs augmentation à partir de cette date. Ce n'est que par les délibérations des procureurs que l'on peut apprendre, par hasard, ce genre de renseignements.

<sup>179</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 199, 14.12.1813.

Ces témoignages restent pourtant assez rares et sont surtout individuels et ponctuels. On est encore loin de pouvoir affirmer, comme c'est le cas quelques décennies plus tard, qu'«une volonté de revaloriser cette activité soignante existe bel et bien au niveau de la direction, visiblement déçue et inquiète de ne pas trouver de réponse qui corresponde à son attente, ou à celle des médecins, en matière de qualité infirmière»<sup>180</sup>.

## 2. *David*<sup>181</sup> *Haas ou l'importance d'une histoire individuelle*

Ce chapitre relatif au personnel soignant nous laisse un peu sur notre faim, pour différentes raisons. Il a d'abord fallu procéder à un découpage peu satisfaisant des qualités requises, peu satisfaisant car il relève de critères qui appartiennent au XX<sup>e</sup> siècle et non à l'Ancien Régime. A cette époque, il n'était pas question de conditions de travail, ni bien sûr de féminisation, et encore moins de valorisation professionnelle, sans parler du terme d'équipe soignante, souvent utilisé dans ce chapitre. Comme toujours lorsqu'il s'agit de l'Ancien Régime, l'on s'évertue à superposer deux mondes dont les valeurs sont trop différentes pour que cette superposition soit parfaitement judicieuse. Il n'en demeure pas moins que ces questions, par le fait même que l'on se rend compte de leur inadéquation, nous apprennent que la vie était autre; par ailleurs, elles permettent tout de même de mieux cerner la position d'individus au sein d'une collectivité, de mieux comprendre les exigences imposées à ces individus, de mettre en relief la dynamique entre un groupe cohérent (la direction) et un ensemble d'individus. Malgré ces éléments de compréhension, le quotidien, la réalité des ces gens nous échappent, les indices étant trop ponctuels, du fait de sources lacunaires, et d'absence de politique et de réflexion des administrateurs. C'est pourquoi, j'ai choisi de raconter ce que les archives nous apprennent de la vie de David Haas, à la fois figure exceptionnelle de l'Hôpital, tout en étant représentative de ce qui a été vu dans ce chapitre.

Né à la fin des années 1730, Haas est originaire de Schiltach, en Souabe. Arrivé on ne sait quand à Genève, il apparaît pour la première fois dans les sources genevoises lorsqu'il dépose plainte, en 1761, contre des agresseurs qu'il l'ont attaqué, alors qu'il effectue, comme soldat de la garnison, son tour de garde nocturne à Bel-Air<sup>182</sup>. Tombé malade

<sup>180</sup> DROUX 1993, p. 478.

<sup>181</sup> S'appelant David Abraham, les deux prénoms sont indifféremment utilisés dans les sources.

<sup>182</sup> AEG, P. C. 1<sup>re</sup> série, n° 10835, décembre 1760-janvier 1761.

quelques mois plus tard, il est hospitalisé dans la chambre des hommes malades; pendant sa convalescence, il prend soin de ses voisins de chambre, et décharge ainsi David Ecker, gouverneur de la salle. C'est ce dernier, qui, au moment de quitter sa fonction en 1763, recommande vivement Haas comme son successeur, car il a fait preuve de beaucoup de douceur envers les patients. En outre, il sait l'allemand et le français, ce qui plaît bien à la direction. Il est donc engagé pour 20 écus par an<sup>183</sup>, plus un écu d'étrennes, deux paires de souliers et une veste<sup>184</sup>. La même année, il convole en juste noce avec sa collègue Judith Maudry, veuve Adelard, 38 ans, gouvernante des hommes malades depuis une année environ<sup>185</sup>, et ce malgré le règlement qui exige le célibat des gouverneurs et gouvernantes; les directeurs sont contraints d'accepter cette entorse, puisqu'ils reconnaissent qu'il leur serait difficile de trouver de meilleurs éléments. Toujours cette même année, Haas, qui avait prévu un voyage dans son pays, finit par y renoncer, au vu du grand nombre de malades qui chargent l'Hôpital; pour mieux s'en occuper, il demande une robe de chambre, pour les cas où il est obligé de se lever la nuit; l'histoire ne dit pas si la direction la lui accorde<sup>186</sup>. Un an plus tard, reçu alors habitant<sup>187</sup>, Haas est particulièrement loué lors du grabeau de fin d'année, notamment pour sa douceur, son attention, ses soins, son exactitude à rendre compte au médecin de l'état dans lequel se trouve ses malades<sup>188</sup>. L'année suivante révèle un épisode un peu moins reluisant pour le gouverneur, du moins si l'on en croit les dire d'Henri Ponçon, natif, cocher de son métier, reçu dans la chambre des hommes malades en mai 1765. En effet, le cocher se plaint de divers abus commis par les époux Haas, dont nous ne connaissons pas la nature; le directeur responsable et l'hospitalier soutiennent le gouverneur, affirmant que ces plaintes ne sont pas fondées. Mais le cocher continue à se plaindre, et le directeur persiste à protéger Haas; selon lui, Ponçon est animé par sa haine contre le gouverneur, mais il admet tout de même que ce dernier a eu quelques violences contre lui. L'épisode se termine par des censures contre Haas et surtout par un transfert du malade dans une autre chambre<sup>189</sup>. Trois mois plus tard, Haas est de nouveau apprécié lors du grabeau, et l'on apprend à cette occasion qu'il reçoit des gages supplémentaires pour le soin qu'il

<sup>183</sup> Soit 210 florins.

<sup>184</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 296, 30.3.1763, et Fd 3, p. 120.

<sup>185</sup> AEG, Arch. hosp. Fd 3, p. 118, 1762.

<sup>186</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, pp. 334, 336, 350, 1763.

<sup>187</sup> *Livres des Habitants, 1684-1792*, publié par A. Perrenoud et G. Perret, MDG 51, 1985.

<sup>188</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 488, 27.12.1764.

<sup>189</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 84, 13.8, et p. 93, 21.9.1766.

a eu de six enfants atteints de la fausse rache, au moyen du remède secret récemment acquis par l'Hôpital<sup>190</sup>. En 1768, les époux Haas, qui gagnent alors 30 écus par an, ont déjà quatre enfants, dont l'aîné a quatre ans; les deux premiers ont le droit d'habiter avec eux, tandis que les deux derniers sont probablement mis en nourrice; la direction a accordé aux parents la faveur de prendre avec eux deux de leurs enfants, car ils «sont de très bons sujets et utiles dans la Maison»<sup>191</sup>. Un an plus tard, Haas supplie la direction de lui accorder aussi la garde de son troisième enfant, faveur que les administrateurs refusent d'abord, en raison des conséquences que cela implique, puis acceptent quelques mois plus tard<sup>192</sup>. On peut imaginer que le gouverneur est doté d'une certaine obstination et qu'il a probablement des moyens de pression lui permettant d'obtenir ce qu'il veut, notamment la qualité de son travail. En 1787, il perd sa femme, Judith Maudry, et signe une reconnaissance d'héritage en faveur de ses quatre enfants, sur une somme de 5250 florins, légués par son épouse<sup>193</sup>. Cet acte notarié nous apprend d'une part que la situation financière des époux Haas n'est pas catastrophique, et même si cet argent n'existe pas sous forme de liquidité (ce que l'acte ne mentionne pas), il représente un certain potentiel qui peut les mettre à l'abri de la misère. Par ailleurs, quelques lignes dans le marginal nous révèlent que Judith Haas tomba malade à plusieurs reprises, peu avant sa mort, ce qui eut pour conséquence d'entamer son capital en raison de nombreux frais médicaux. L'assistance médicale n'est donc pas assumée par l'Hôpital, en cas de maladie de son personnel.

Les sources hospitalières restent silencieuses jusqu'en 1789, année durant laquelle David Haas et sa femme<sup>194</sup> montrent une certaine lassitude; ils demandent par conséquent leur décharge; les directeurs insistent pour qu'ils restent et quatre ans plus tard, Haas réitère sa demande, arguant qu'il s'occupe des malades depuis 30 ans et voudrait changer de secteur et s'occuper de la vente des glaces<sup>195</sup>, fonction moins exigeante. C'est à cette occasion que les directeurs insistent à nouveau pour qu'il reste, car l'hospitalier est en train de partir, ce n'est par conséquent pas le moment de placer un nouvel infirmier dans un secteur aussi important.

<sup>190</sup> Voir le chapitre n° 1, notamment le paragraphe concernant les maladies de la peau.

<sup>191</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 212, 11.5.1768.

<sup>192</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 321, 27.8.1769, et p. 341, 4.1.1770.

<sup>193</sup> AEG, Notaire Georges Choisy, vol. 2, fol. 81-82, août 1787.

<sup>194</sup> On ne sait rien de sa nouvelle femme, qui visiblement a remplacé Judith Maudry non seulement au sein de la famille de David, mais aussi dans sa fonction. S'agit-il déjà d'Esther Mathieu, mentionnée dans l'acte de décès du gouverneur, en 1807?

<sup>195</sup> En 1712, l'Hôpital avait reçu le monopole de la vente des glaces, effectuées en général par les portiers de l'insitution. Sur ce sujet, voir WIEDMER 1985, pp. 261-266.



Abraham Joly, l'hospitalier en partance, le soupçonne d'ailleurs de menacer de partir dans le seul objectif d'obtenir une augmentation, ce qui n'est à ses yeux pas acceptable, car il est déjà l'employé le mieux payé<sup>196</sup>. L'inacceptable devient acceptable 18 mois plus tard, puisque que le salaire du couple passe de 315 à 420 florins, sous prétexte qu'il faut un couple à ce poste (ce qui en réalité est le cas depuis près de 30 ans), et que la tâche est très pénible<sup>197</sup>. En 1796, les Haas sont encore loués pour leur assiduité, et les soins qu'ils administrent à leurs malades avec beaucoup de douceur et d'humanité<sup>198</sup>. Une année plus tard, ils démissionnent avec la promesse de la part de la direction de demander pour eux une pension au Conseil administratif<sup>199</sup>. Onze ans plus tard, Haas décède dans son domicile de la rue des Belles-Filles, à l'âge de 72 ans<sup>200</sup>.

Cette histoire est exceptionnelle dans la mesure où elle montre que David Haas a pu enfreindre à plusieurs reprises le règlement, avec l'accord de la direction, notamment en fondant une famille au sein même de l'institution. Il est en outre l'employé le mieux payé et on a le sentiment qu'il se sentait d'une certaine manière aussi fort que ses employeurs. Autre particularité: son temps de travail qui se situe nettement au-dessus de la moyenne. Elle illustre bien la dynamique qui existe entre l'individu et la direction, et surtout le fait que cette relation est fondée sur le principe du donnant-donnant: du moment qu'il a fait preuve de son « utilité », qu'il s'est rendu indispensable, la direction se voit obligée de montrer une certaine souplesse, ceci d'autant plus que le gouverneur n'a, semble-t-il, commis aucun écart dans le domaine de la moralité<sup>201</sup>.

Ce récit montre également que le couple Haas a opéré un choix en demeurant au sein de l'institution, sans y être obligé du point de vue économique. En effet, la possession d'un petit capital leur aurait permis de chercher un autre emploi moins pénible, si leur fonction s'était avérée insupportable à leurs yeux. Cependant, il faut souligner que ce qui a été acceptable pour ce couple, a pu paraître inacceptable pour d'autres, dans la mesure où la dynamique les reliant à la direction ne s'est pas montrée porteuse, mais contraignante et inadéquate.

<sup>196</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 280, 4.11.1789, Aa 109, p. 108, 27.3.1793.

<sup>197</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 259, 3.12.1794. Il est vrai que cette même année, le couple de gouverneurs de la chambre des vénériens est aussi augmenté, passant de 262,6 florins à 300 florins, de même que la gouvernante de la chambre des femmes malades, qui reçoit 131,3 florins au lieu de 105.

<sup>198</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 346, 21.2.1796.

<sup>199</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, pp. 445-446, 16.8.1797.

<sup>200</sup> AEG, Etat civil, Registre des décès 10, n° 421.

<sup>201</sup> En effet, il n'apparaît dans aucun registre du Consistoire, ni dans les procès-criminels.

En conclusion, si l'on considère le personnel soignant dans son ensemble, comme groupe professionnel structuré en une identité commune, force est de constater son inexistence au sein de l'institution hospitalière genevoise durant la période étudiée, et de ce fait, son absence comme corps constitué dans la prise en charge des malades, de la maladie et de la souffrance. Ce manque de cohésion des soignants atteste par ailleurs de l'inexistence de son pouvoir corporatif et décisionnel et met en lumière la totale dépendance de chaque individu face à la direction. Il est toutefois nécessaire de faire éclater les structures dans lesquelles nous évoluons actuellement, afin de mieux percevoir les réalités du passé et de comprendre l'articulation qui unit les employeurs et les employés au sein de l'Hôpital de la fin de l'Ancien Régime. L'historien se trouve alors en face d'un ensemble d'histoires individuelles, dont il essaie de rassembler quelques points communs qui lui permettent de comprendre de quelle manière ces individus sont concernés par la maladie et les malades.

Peut-on dire, comme d'autres chercheurs l'ont constaté en travaillant sur d'autres hôpitaux, que les personnes en charge des malades de l'établissement genevois ont été « un lien crucial dans la chaîne de l'apport médical au sein de l'institution »<sup>202</sup> ? Vu l'absence de formation, même prise au sens large du terme, le peu de responsabilités purement médicales endossées par le personnel soignant genevois, pour certains l'absence de motivation, il est clair que ce dernier ne constitue pas un réceptacle de connaissances techniques, qui se transmettraient et se perfectionneraient au fil des années. Le groupe manque de cohésion pour cela. Néanmoins, certaines allusions, notamment au traitement des vénériens ou à la préparation de médicaments, peuvent nuancer cette affirmation, laissant penser que certains gouverneurs sont investis de quelques gestes techniques, surtout si l'on prend en considérations le fait que les vénériens offrent un échantillon non négligeable de l'ensemble des patients hospitalisés<sup>203</sup> ; il est d'ailleurs très possible que ces mêmes gouverneurs aient également la charge des traitements des galeux, alités à certaines époques dans la même chambre que les vénériens. Par ailleurs, David Haas a constitué à lui seul un relais de soins important visant à soigner les enfants atteints de la fausse rache, non pas au moyen de connaissances médicales « scientifiques », mais à l'aide d'un remède secret. Cependant, malgré ces quelques éléments rectificatifs, le personnel soignant n'a pas contribué de manière massive au fourmillement et à l'essor d'une activité médicale plus technique.

<sup>202</sup> JONES 1989, p. 156.

<sup>203</sup> Voir le chapitre n° 1.

Toutefois, cette étude concerne une période de médecine préscientifique, qui ne connaît pas encore les techniques modernes de diagnostic, et par conséquent, une des définitions du malade consiste à dire qu'il est involontairement incapable de s'occuper des besoins de son corps, et que les soins se résument à le nourrir et le laver<sup>204</sup>. A cela, l'établissement genevois, comme d'autres d'ailleurs, ajoute l'importance accordée à la relation soignant-malade, notamment en terme de douceur, attention et humanité, ce qui permet de penser que si des développements techniques ne sont pas envisagés, la prise en charge des patients est à l'ordre du jour et demeure une priorité imposée par la direction. Cette priorité est d'ailleurs alimentée par la relative fidélité du personnel soignant, qui permet non seulement d'établir un rapport de confiance entre personnel et malades, mais également d'engranger une certaine expérience, favorisant les contacts non seulement avec les patients, mais également avec le corps médical. Ce dernier d'ailleurs est toujours plus présent, surtout dès la première décennie du XIX<sup>e</sup> siècle, ce qui peut impliquer indirectement une accentuation des responsabilités médicales de ce que l'on commence à appeler les infirmiers et les infirmières.

Cette présence accentuée des médecins et chirurgiens a pour effet d'une part d'établir une dynamique entre certains soignants et eux-mêmes, mais d'autre part de maintenir l'éparpillement du personnel soignant. C'est ainsi que le corps médical, en prenant de l'ampleur corporatiste, contribue probablement à étouffer la constitution d'un groupe cohérent d'infirmiers et d'infirmières, qui ne pourra s'affirmer que quelques décennies plus tard.

Le personnel soignant est donc un facteur essentiel de la compréhension d'un Hôpital, en raison notamment de sa présence continue auprès des malades et du rôle de relais qu'il joue entre ces derniers et les autres acteurs de l'institution. D'une manière générale, l'importance de sa fonction est d'ailleurs reconnue par certains, notamment par le corps médical. Et pourtant, paradoxalement, il échappe en grande partie à notre regard, en raison de l'absence de témoignages relatifs à la perception des malades à son égard, ce qui s'explique facilement. En revanche, le silence des directeurs dans leurs délibérations est plus difficile à comprendre, et montre qu'ils n'ont pas encore pris conscience du personnel soignant comme corps professionnel, tout en relevant le rôle joué par certains individus. D'une conception totalement individuelle, et presque exclusivement domestique du travail d'infirmier, le personnel soignant

<sup>204</sup> DINGWELL, RAFFERTY et WEBSTER 1988, p. 6.

tend peu à peu à une spécificité de sa position, avec un agrandissement des services sous la responsabilité d'une seule personne, avec une plus large consultation du corps médical dans le domaine du recrutement ou de l'appréciation. Néanmoins, le processus de spécialisation de ce personnel sera encore très long, nécessitera un réaménagement des différents pouvoirs en présence, demandera une constante intégration des nouvelles données médicales issues du XIX<sup>e</sup> siècle, difficiles à imposer si l'on en croit un médecin anglais, qui, en 1879, se plaint que dans le London Hospital, «il y a seulement une éponge par salle, et avec cet instrument mortel, l'infirmière – qui n'était pas toujours à jeun – nettoyait chaque blessure, le soir, utilisant non seulement la même éponge, mais aussi la même eau»<sup>205</sup>.

Par rapport aux malades, l'infirmier se distingue du médecin et du chirurgien, bien évidemment par sa formation et par son travail au quotidien, qui ne comporte aucun geste médical à proprement parler. Mais il s'en différencie également par sa constante présence, par son rôle accompagnateur, qui ne relève aucunement du corps médical, dont le travail consiste en une visite journalière des malades de l'institution, marquant une attention plus spécialisée, mais beaucoup plus épisodique et ponctuelle.

<sup>205</sup> Cité par SNELL 1990, p. 16.

## CHAPITRE QUATRIÈME

### LE MALADE ET LE MÉDECIN \_\_\_\_\_

Une fois entré dans l'Hôpital, après avoir pris contact avec le directeur de son quartier, le malade est principalement pris en charge par le responsable et les domestiques de sa chambre, qu'il côtoie continuellement. Nous l'avons vu, les infirmiers font office de relais entre les différentes personnes concernées par la prise en charge des malades et sont notamment chargés de veiller à ce que les prescriptions du corps médical soient appliquées. Il est temps maintenant de mieux comprendre en quoi consiste le travail des médecins et des chirurgiens auprès des patients hospitalisés.

Toutefois, avant de focaliser notre attention sur l'institution, il m'a semblé nécessaire d'effectuer un détour, assez long, pour saisir les différentes composantes de la pratique médicale à Genève à cette époque. En effet, les différentes étapes de la formation du chirurgien, la diversité des profils des maîtres-chirurgiens, de même que la césure entre médecine et chirurgie, sont relativement subtils et méritent que l'on s'y attarde. D'autres historiens se sont attachés à décrire les différentes catégories de chirurgiens, notamment en France, mais certaines caractéristiques genevoises, en particulierité l'exiguïté géographique et politique de son territoire et l'absence d'une faculté de médecine universitaire, nécessitent ce détour. Bien que cela ne concerne pas directement l'Hôpital, les médecins et chirurgiens, avant d'y travailler, ont passé par les différentes étapes décrites ci-dessous.

Malgré un certain nombre d'acquis qui s'additionnent au fil des années, le corps médical occupe encore une place de figurant, ou presque, dans l'Hôpital genevois de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, et même au-delà. En



effet, la présence quotidienne d'un médecin et d'un chirurgien dès le XVI<sup>e</sup> siècle (j'y reviendrai plus loin), des traces de rapports de ces derniers au XVII<sup>e</sup> siècle<sup>1</sup>, un recours aux chirurgiens dans les années 1760, en vue de faire face à une recrudescence de maladies vénériennes, une tendance à l'essor de la médecine des aliénés dans la première décennie du XIX<sup>e</sup> siècle, des opinions que le corps médical est appelé à donner à propos de la fonction médicale de l'établissement à partir de 1809, sont autant de jalons qui laissent poindre dans un avenir encore assez lointain l'éclosion du pouvoir médical qui envahira l'institution dans la deuxième partie du XIX<sup>e</sup> siècle.

Mais au cours de la période concernée par ce travail, la présence du corps médical se révèle en demi-teinte, sans parler de son pouvoir, qui, il faut bien le dire, est quasiment nul. En effet, les médecins et les chirurgiens ne participent pas aux réunions bihebdomadaires de la direction, ne jouissent d'aucun droit relatifs aux admissions de malades dans l'Hôpital et, de manière générale, les archives hospitalières, plus précisément les registres des délibérations, ne leur laissent presque jamais la parole, du moins jusqu'en 1809. Il est vrai que le corps médical est mentionné dans cette source, mais surtout à travers le regard de la direction lors des évaluations annuelles (des grabeaux); ne serait-ce qu'à la lecture de ces délibérations, le chercheur s'aperçoit alors de la prépondérance du pouvoir administratif sur les responsables médicaux, guère consultés, même quand il s'agit de sujets relatifs à la médecine.

Lorsque l'on compare le corps médical au personnel soignant, il devient évident que jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les médecins et les chirurgiens ne jouent qu'un rôle mineur dans la routine médicale de l'institution. Ils sont tenus de ne faire une visite qu'une seule fois par jour, tandis que comme nous l'avons vu plus haut, les gouverneurs et les domestiques sont présents, dans la chambre des malades, 24 heures sur 24. Par ailleurs, jusqu'au tournant du siècle, le corps médical n'est pas consulté par la direction sur tout ce qui a trait au personnel soignant. Ce n'est que dans la première décennie du XIX<sup>e</sup> siècle que les médecins et les chirurgiens sont appelés à donner leur opinion sur les compétences de ceux qu'ils appellent dorénavant les infirmiers et les infirmières, qu'ils peuvent aussi s'exprimer sur une éventuelle formation de ce personnel, ou sur l'embauche de l'un ou l'autre des candidats. Le personnel médical commence alors à prendre de plus en plus d'ampleur face au personnel soignant.

<sup>1</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 27 et 28, 1613 entre autres. Ces rapports, effectués par le chirurgien et le médecin toutes les deux semaines, montrent qu'à certaines époques au moins, le corps médical était consulté par la direction administrative, qui lui accordait ainsi une certaine importance. Ces rapports sont du plus haut intérêt pour l'historien de la médecine, à cause de leur rareté d'une part, et en raison de leur contenu révélateur de la pensée et la pratique médicales d'autre part.

Les médecins et les chirurgiens n'acquièrent pas plus de relief au regard des malades. Ils ne prennent que peu d'initiatives pour innover en matière de thérapeutique, à quelques exceptions près, ce qui paraît très étonnant lorsque l'on sait que la plupart d'entre eux ont passé plusieurs années dans des hôpitaux beaucoup plus « progressistes » que l'institution genevoise, notamment en Angleterre ou en Ecosse, pour les médecins, à Paris pour quelques chirurgiens. On aurait pu s'attendre à ce qu'ils reviennent avec l'envie de développer des techniques récemment découvertes, ou de jeter un regard nouveau sur l'établissement hospitalier et son rôle dans la cité. Or il n'en est rien, malgré la présence de Louis Odier ou Louis Jurine, médecin et chirurgien de l'Hôpital, personnages illustres et reconnus dans toute l'Europe pour leurs talents respectifs; peu d'améliorations médicales ont été introduites dans l'institution, du moins jusqu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle. On peut se demander pourquoi le corps médical fait preuve d'une telle inertie.

Il est très probable que, comme l'a dit Jacques Léonard, l'Hôpital se dégage encore mal de sa fonction de régulateur social, que les administrateurs le considèrent encore beaucoup plus comme un refuge, que comme un centre de soins<sup>2</sup>. Tant que la direction conserve cette optique, le corps médical ne peut pas même imaginer prendre des initiatives. A la limite, la motivation des médecins et chirurgiens s'apparenterait plus à un service d'ordre philanthropique envers la société qu'à un moyen d'exercer leurs talents médicaux. Cependant, pour Genève, il est nécessaire de nuancer cette assertion, car s'il est vrai que le pouvoir administratif est tout-puissant, les directeurs prennent assez souvent des initiatives d'ordre médical, comme le choix de nouveaux traitements; par ailleurs, ils expriment clairement leur volonté de réserver de plus de plus de lits aux malades, au détriment des valides; ils ne sont donc pas opposés à l'optique d'un hôpital tendant à devenir un centre de soins. Une des interrogations de ce chapitre consiste donc à évaluer quels sont les rapports subtils qui unissent l'établissement hospitalier au corps médical.

Mais auparavant, il m'a semblé indispensable d'établir clairement les liens qui animent les relations entre médecins et chirurgiens, liens clairs à première vue, mais qui, à mesure qu'on les étudie, deviennent de plus en plus confus. La position sociale, le statut et la pratique des chirurgiens, notamment, demandent à être éclaircis, et varient d'ailleurs suivant les pays. En Allemagne, il existe jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle une distinction entre les chirurgiens médicaux, diplômés d'une université, et les chirurgiens pratiques, qui sont ce que nous appelons les barbiers en France

<sup>2</sup> LÉONARD 1981, p. 98.

ou à Genève. En Angleterre, comme en Allemagne d'ailleurs, les docteurs en médecine ne se mêlent pas d'exercer la pratique chirurgicale, laissée aux barbiers anglais; de ces derniers, émerge, vers 1750, un groupe de chirurgiens hospitaliers qui petit à petit formera un corps professionnel reconnu à part entière. En Italie, par contre, la médecine et la chirurgie ont longtemps cohabité sans heurts, au même titre qu'en Hollande, où les médecins sont depuis quelques temps intéressés par l'anatomie normale et pathologique, et de ce fait se rapprochent beaucoup des chirurgiens. Dans ce dernier pays, quoiqu'il existe une guilde des chirurgiens, nombreux sont les docteurs en médecine qui se consacrent à la chirurgie<sup>3</sup>. Comme on peut le voir, il existe de grandes différences, au regard soit de la formation, soit de la pratique, soit encore de l'articulation qui existe entre ces deux corps de métiers.

## A. Structure du corps médical

A Genève comme ailleurs, les chirurgiens suivent un parcours complètement différent de celui des médecins. L'un suit une formation universitaire, l'autre commence par un apprentissage, et chacun accède, dans une certaine mesure, à l'agrégation ou à la maîtrise, qui lui permet ainsi d'exercer son art dans la cité, comme maître en chirurgie ou comme médecin.

### 1. Formation du médecin

#### a) Les études

L'Académie genevoise ne comprenant pas de faculté de médecine, l'étudiant désireux d'embrasser une carrière médicale est obligé de quitter sa ville natale pour entreprendre des études à l'étranger<sup>4</sup>. L'Europe offre plusieurs universités célèbres pour leur enseignement médical et les vingt médecins employés par l'Hôpital se sont éparpillés dans cinq villes différentes; sept ont choisi Edimbourg, bien connue pour son Infirmerie et son enseignement clinique, cinq ont suivi leur formation à Montpellier, deux à Valence, deux autres à Göttingen, un à Leyden et un à Paris<sup>5</sup>. Ils ont tous terminé leurs études par un doctorat en médecine, qu'ils doivent

<sup>3</sup> Voir TEMKIN 1947, pp. 487 à 496.

<sup>4</sup> La faculté de médecine ne sera créée qu'un siècle plus tard, soit en 1876.

<sup>5</sup> Voir annexe n° 2.

ensuite impérativement présenter à leurs collègues genevois pour pouvoir passer leur agrégation.

Ces voyages comportent une composante très élitiste, puisqu'il faut des moyens assez considérables pour les entreprendre. Comme ses collègues européens, le médecin genevois appartient donc à un milieu social élevé, mais en plus, a une famille suffisamment fortunée pour entretenir un fils pendant plusieurs années à l'étranger. L'obligation de partir pour étudier implique probablement une bonne formation, dans la mesure où les destinations choisies offrent parmi les meilleurs enseignements médicaux de l'Europe. Edimbourg représente un des phares de la formation médicale, grâce notamment à la personne de William Cullen et de son antagoniste Andrew Duncan<sup>6</sup>; l'Ecole de Montpellier jouit d'une excellente réputation; l'université de Leyden est devenue célèbre pour sa médecine clinique après avoir ouvert ses portes à Boerhaave<sup>7</sup>. Le praticien fraîchement diplômé de ces universités a donc eu l'occasion de bénéficier d'une bonne préparation à l'exercice de son art et on peut imaginer que les médecins genevois appartiennent, du moins en théorie, à une élite médicale européenne, ce qui n'aurait pas été forcément le cas si une faculté de médecine avait existé à Genève. Cependant demeure la question de savoir si les étudiants ont pleinement profité de ces enseignements, question à laquelle il est difficile de répondre si ce n'est par conjectures. Le doute est permis, si l'on se réfère à un texte que Louis Odier consacre aux voyages médicaux en 1806. En effet, son parcours est remarquable, puisqu'il a passé cinq ans à Edimbourg, où il s'est « imbus des doctrines et des systèmes du docteur Cullen », son « très honoré maître ». Il part ensuite pour Londres, pour travailler avec, précise-t-il, « un médecin de beaucoup de génie, le docteur Fordyce, dont je suivis très assidument les leçons et la pratique », à l'hôpital de Saint-Thomas, pendant quelques mois; puis il se rend dans différentes villes hollandaises, dont Leyden, toujours dans le but de perfectionner ses connaissances médicales, et termine son périple à Paris. Suite à cet itinéraire, il serait légitime de penser qu'Odier revient à Genève enrichi par l'expérience et par l'enseignement des meilleurs professeurs européens. Il n'en est rien, du moins si l'on en croit Odier lui-même, qui regrette de n'avoir pas pleinement profité des occasions qui lui étaient offertes pendant ses séjours. S'il profita des cours de Cullen, en revanche, il ne fréquenta qu'un seul hôpital londonien, dans lequel il passa deux heures par jour et n'eut « la curiosité de voir et d'examiner aucun des beaux établissemens de cette ville, ni aucun des autre

<sup>6</sup> EMCH-DÉRIAZ 1984.

<sup>7</sup> EMCH-DÉRIAZ 1984.



hopitaux»; il «ne cultiva la connoissance d'aucun des grands praticiens de ce tems là... ni celle d'aucun chirurgien, et il y en avoit alors plusieurs d'un très grand merite». Il conclut: «En un mot, je partis de Londres, sans avoir rien vû de ce que je serois très curieux d'y voir à présent»<sup>8</sup>. Ses séjours à Leyden ou Paris lui inspirent les mêmes regrets et Odier affirme finalement que ces séjours «médicaux» n'ont pas été aussi enrichissants qu'il y paraît, soit parce qu'il n'a pas su profiter des occasions qui lui avaient été données, soit à cause du mauvais accueil qu'il a reçu de la part de certains praticiens célèbres: Tronchin, par exemple, répondit à une de ses lettres «d'un ton si insolent que je me gardai bien d'aller chez lui»<sup>9</sup>. Louis Jurine, chirurgien, fait état des mêmes regrets, dans une lettre qu'il écrit à Hippolyte Albert Gosse<sup>10</sup>.

Ses études une fois terminées, le médecin genevois revient dans sa cité natale, avec bien sûr l'idée d'y exercer son art. Pour cela, il se voit dans l'obligation de passer une épreuve d'agrégation, qui lui donne ce que l'on appelle aujourd'hui le droit de pratique.

#### b) *L'agrégation*

Les Ordonnances de médecine de 1697 prévoient que chaque prétendant à l'agrégation de médecine doit montrer à la Faculté<sup>11</sup> un témoignage de bonnes vies et mœurs, et ses lettres «doctorales», soit son diplôme obtenu dans l'université de son choix. Il effectue ensuite «sa demande par un discours en latin» et, le même jour, subit un examen sur les Instituts en médecine<sup>12</sup>, interrogé par chaque médecin agrégé présent à la séance. S'il a passé cette épreuve de manière satisfaisante, il tire au sort une maladie sur laquelle il doit s'exprimer le lendemain, toujours en latin, avec pour tâche de disserter sur les causes, les signes, les pronostics, les indications et la cure de la maladie; suite à cela, il est finalement soumis une fois encore aux questions de ses confrères, cette fois sur la pratique médicale<sup>13</sup>.

<sup>8</sup> Archives du Musée d'histoire des sciences, Z 92, «Mémoire sur les voyages médicaux», lu par Louis Odier à la Société médico-chirurgicale le 3 mai 1806.

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> Genève, BPU, Ms fr. 2617, enveloppe 4, lettre du 6.5.1779.

<sup>11</sup> Rappelons que la Faculté est l'ensemble des médecins, maîtres en chirurgie et en pharmacie de Genève. Ce terme se trouve aussi ailleurs, notamment en France, avec le même sens, voir RAMSEY 1988, p. 39.

<sup>12</sup> Soit les théories médicales. Il s'agit en fait d'un examen théorique.

<sup>13</sup> *Les Sources du droit du Canton de Genève*, publiées par E. Rivoire et V. van Berchem, Aarau, 1927-1935, vol. 4, p. 269, ordonnances particulières pour les médecins, article 2. Tout laisse à penser que ces exigences aient été les mêmes pour la période qui nous concerne.



L'agrégation est donc octroyée par l'ensemble des praticiens de la ville, ce qui sous-entend une certaine cohérence de la pratique médicale à Genève, cohérence qui permet d'atténuer les différences forcément engendrées par la diversité des formations. Elle assure l'homogénéité du corps des médecins qui ne peut la trouver ailleurs, puisque l'Hôpital ne constitue pas un lieu de rassemblement et que l'Académie ne possède pas de faculté de médecine. C'est d'ailleurs au nom de cette cohésion du corps des médecins qu'ils s'opposent à une éventuelle création d'une faculté de médecine à l'Académie, ou même d'un simple enseignement, avec pour argumentation que cela amènerait des querelles et des dissensions. Ainsi, lorsque Louis Odier exprime son envie de devenir professeur de médecine élémentaire, désireux de donner un cours préparatoire soit à des étudiants qui se destinent à la médecine, soit aux chirurgiens de campagne, soit encore à toutes personnes intéressées, ses collègues s'y opposent, ne supportant pas l'idée qu'un des leurs soit au-dessus des autres; Odier se plie à leurs arguments et renonce à son projet, à condition que chacun de ses confrères promette de ne jamais accepter une place de professeur<sup>14</sup>.

La Faculté, et l'agrégation qu'elle exige, représente par conséquent un point de ralliement, qui disparaît, du moins théoriquement, pendant la période de l'Annexion, sa dernière séance datant du 10 octobre 1797<sup>15</sup>. En effet, dans une séance «extraordinaire» du 10 juillet 1804, on apprend que depuis l'institution des écoles de médecine, en 1803, les médecins agrégés genevois n'ont plus le droit de recevoir aucun membre dans leur Faculté, et que de fait, la Faculté n'existe plus<sup>16</sup>.

L'examen d'agrégation n'est pas qu'une simple formalité, et certains candidats se voient dans un premier temps refusés par leurs confrères; Aimé Miroglio, qui revient à Genève en 1783 après avoir fini ses études à Montpellier, est trouvé tellement faible lors de son premier examen que ses collègues lui suggèrent de recommencer six mois plus tard. A cette date, il ne brille guère plus, sauf en anatomie, ce qui lui permet tout de même de se présenter le lendemain pour sa dissertation sur la fièvre puerpérale. Cette dernière est si courte, et ses réponses à nouveau si médiocres, que la Faculté diffère son agrégation jusqu'en juin 1785, pour lui laisser le temps de s'améliorer, et repasser un examen devant deux médecins. Il finit par répondre «passablement»<sup>17</sup>; Miroglio met donc

<sup>14</sup> AEG, Santé F 1, pp. 296, 297, 24 et 26.12.1789.

<sup>15</sup> AEG, Santé F 1, p. 322.

<sup>16</sup> AEG, Santé F 1, p. 329, 10.7.1804.

<sup>17</sup> AEG, Santé F 1, pp. 284, 286, 287, 26.9.1783, 15-16.4.1784, 28.4.1785.

deux ans pour passer son agrégation. D'autres candidats ont également connu des difficultés, comme Jacques André Matthey qui se trouve quelques années plus tard dans un semblable embarras. En effet, malgré la dissolution de la Faculté, il demande à passer son agrégation selon l'ancienne coutume; après un premier examen assez faible, peut-être à cause d'une connaissance mal maîtrisée du latin, sa dissertation est jugée longue, vague et confuse, et l'examen suivant mauvais. Tous les médecins présents s'accordent pour dire que sous l'Ancien Régime, Matthey aurait été refusé; mais comme il participe à la Société médicale depuis une année, ils considèrent qu'ils ne peuvent le renvoyer. Ils décident alors de l'accepter «en lui faisant cependant sentir ce que l'assemblée pense de lui» et en lui suggérant d'appeler ses aînés en cas de difficulté, et de se mettre au courant des différentes découvertes publiées dans les ouvrages savants étrangers<sup>18</sup>. Cet exemple prouve bien que la Faculté a certaines exigences et pose ses propres critères d'admission au sein du corps des médecins; il montre également que la cohésion qu'elle suscite sous l'Ancien Régime s'est en fait déplacée dans les différentes sociétés médicales ou médico-chirurgicales<sup>19</sup> au moment de sa disparition. Un point de ralliement intellectuel est nécessaire aux médecins, qui l'expriment d'ailleurs clairement à la fin de l'épisode de l'agrégation de Matthey. Ils ne peuvent plus empêcher l'installation d'un jeune médecin à Genève, mais en revanche, ce dernier devra passer un examen théorique et pratique pour être admis à la Société de médecine<sup>20</sup>. La cohésion qu'impliquait la Faculté et son examen d'agrégation se déplace ainsi vers cette Société.

## 2. *La formation du chirurgien*

Si l'ensemble des médecins européens suivent un parcours relativement identique à travers une filière universitaire déjà très bien structurée, il n'en est pas de même pour les chirurgiens, susceptibles d'avoir des trajectoires très diverses. En Allemagne, les chirurgiens médicaux passent par un diplôme académique, tandis que les chirurgiens pratiques n'ont qu'un minimum de connaissances théoriques<sup>21</sup>. En Toscane, la formation chirurgicale reste très hétéroclite, du moins jusqu'en 1780, mais tend à se développer grâce aux Ecoles de chirurgie, développement qui va de pair

<sup>18</sup> AEG, Santé F 1, p. 329, 10.7.1804.

<sup>19</sup> Il sera question de ces différentes sociétés à la fin de ce chapitre.

<sup>20</sup> AEG, Santé F 1, p. 331, 10.7.1804.

<sup>21</sup> Voir TEMKIN 1947, p. 488.

avec les réformes hospitalières qui prennent de l'ampleur dès 1750. L'enseignement n'a pas un caractère universitaire à proprement parler, mais les Ecoles de chirurgie veulent offrir une « alternative à l'immobilisme universitaire »<sup>22</sup>. A Turin, la chirurgie devient une discipline universitaire au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, et là aussi, l'univers hospitalier joue un grand rôle dans la formation des chirurgiens<sup>23</sup>. En France, l'enseignement de la chirurgie cristallise le conflit qui oppose la médecine et la chirurgie et se concrétise dans un premier temps avec la création de l'Ecole Royale de chirurgie en 1750, puis l'Ecole pratique de dissection, en 1751, dont les cours sont gratuits et ouverts à tous<sup>24</sup>. Cela ne signifie pas encore que tous les chirurgiens et barbiers du royaume suivent une formation uniforme, mais ces écoles posent le premier jalon vers l'unification de l'enseignement, et donc de la profession.

A Genève, aucune structure d'enseignement n'est réellement mise en place, mais quelques tentatives, que l'on pourrait qualifier de pointillistes, ont été proposées pour compléter l'apprentissage de chirurgien barbier. En effet, les Ordonnances générales pour la médecine de 1658, article 18, prévoient qu'un médecin donne un ou deux mois par année des leçons de chirurgie, avec une anatomie ou une dissection, à l'aide d'un maître en chirurgie, si l'occasion se présente<sup>25</sup>. Entre 1728 et 1733, un cours annuel est proposé aux garçons chirurgiens et aux apprentis, avec des démonstrations anatomiques; en 1756, Théodore Tronchin enseigne l'anatomie, de même que Pierre Vignier, en 1775<sup>26</sup>. Il est difficile de déterminer si ce « pointillisme » reflète celui de la réalité de l'enseignement ou celui de sources lacunaires. Cependant, il semble tout de même que la formation du chirurgien repose essentiellement sur l'apprentissage auprès d'un maître, et cela jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle en tout cas<sup>27</sup>. Même si les chirurgiens de la fin du siècle commencent à partir à l'étranger pour compléter leur formation, il n'en demeure pas moins que l'apprentissage individuel reste à la base de leur parcours professionnel.

<sup>22</sup> BRAU 1994, pp. 426-427.

<sup>23</sup> CAVALLIO 1989, pp. 93 à 122.

<sup>24</sup> LOUIS 1789, les articles « chirurgie » et « chirurgien ». Voir aussi IMBAULT-HUART 1973; GELFAND 1980, p. 473; GOUBERT et LEBRUN 1973.

<sup>25</sup> *Les Sources du droit...*, vol. 4, p. 267.

<sup>26</sup> GAUTIER 1906, pp. 352 à 354. Les notes manuscrites laissées par Etienne Duval et Léon Gautier, avec notamment un dépouillement exhaustif du Registre du Conseil ne mentionnent rien de plus concernant la formation des chirurgiens.

<sup>27</sup> Contrairement à ce qu'affirme Léon Gautier, quand il écrit que dès le milieu du siècle, on ne parle plus d'apprentissages, qui seraient remplacés par des attestations de cours de chirurgie ou d'années passées dans des hôpitaux; voir GAUTIER 1906, p. 352.

A la lecture de ce dernier paragraphe, on peut constater que plusieurs termes ont été employés qu'il reste à définir pour mieux comprendre les différentes composantes de la chirurgie.

a) *Les différentes composantes de la chirurgie*

Sous l'Ancien Régime, seuls les maîtres en chirurgie, dont je reparlerai plus bas, ont le droit de tenir boutique à Genève. Ces maîtres emploient des serviteurs, qui ne sont pas logés chez leur maître, et dont le travail consiste à raser et «relever» la moustache<sup>28</sup>, et parfois un apprenti, tenu de passer quelques années dans sa boutique pour effectuer son apprentissage; c'est probablement à lui que sont destinés les cours mentionnés plus haut. Ainsi Jean Mustan, originaire de la vallée du Piémont, commence son apprentissage chez Etienne Meschinnet, maître en chirurgie. Ce dernier promet d'instruire Mustan «en la crainte de Dieu et dans la religion reformée», de lui faire fréquenter les sermons et catéchisme; il s'engage en outre à lui fournir logement et nourriture, à lui enseigner et apprendre la profession de chirurgien «à raser et seigner et tout ce qui dépend dudit art et profession»; il est précisé à la fin du contrat que si dans les deux premières années de l'apprentissage le maître s'aperçoit que son apprenti n'a pas les dispositions nécessaires pour exercer la profession, l'acte notarial devient nul<sup>29</sup>. Serviteurs et apprentis travaillent donc dans la boutique, fournissent au début les mêmes prestations, mais les premiers comme simples garçons chirurgiens, et les seconds dans l'espoir d'une formation professionnelle qui leur permettra d'accéder au moins au «privilège». Notons encore que l'apprentissage n'est pas propre à Genève et constitue la base de l'enseignement traditionnel<sup>30</sup>.

Le statut du privilégié reste relativement difficile à définir et mérite que l'on s'y attarde quelque peu. Les Ordonnances particulières pour les maîtres chirurgiens prévoient dès 1659 un examen d'admission au privilège, devant les représentants de la Faculté, «sur les différentes saignées praticables sur le corps humain; et sur les moiens de les bien faire; comme aussi sur l'application des sangsues et des ventouses et ce qui en dépend», ceci après présentation de lettres d'apprentissage et d'attestations<sup>31</sup>. Cette

<sup>28</sup> *Les Sources du droit...*, vol. 4, p. 278, Ordonnances particulières pour les chirurgiens, article 10.

<sup>29</sup> AEG, Not. Mathieu Duby, vol. 12, pp. 242 et suiv., 17.5.1748.

<sup>30</sup> IMBAULT-HUART 1973, p. 19; GOUBERT et LEBRUN 1973, p. 131.

<sup>31</sup> Voir GAUTIER 1906, p. 358, et les *Les Sources du droit...*, vol. 4, p. 280, note 22.

épreuve réussie, il peut alors devenir le « gérant » de la boutique d'un maître et travailler sous sa tutelle, comme le montre l'exemple de David Pons, natif de Villemagne, en Languedoc. En effet, Antoine Sabourin, maître chirurgien, reconnaissant la « bonne conduite et sagesse » dont Pons a fait preuve depuis 14 ans qu'il est à son service, lui cède sa « boutique de barbes » sous certaines conditions. Moyennant une rente annuelle de 400 livres, le privilégié a le droit de saigner, arracher les dents, appliquer des sangsues, des vésicatoires et des cautères. Il ne peut en revanche pas entreprendre le traitement d'autres maladies chirurgicales sans la participation de Sabourin, dont la responsabilité est engagée pour ces thérapeutiques; dans de tels cas, le maître reçoit la moitié des honoraires. Le privilégié encaisse les bénéfices de la boutique, mais doit aussi payer les serviteurs qui y travaillent, soit sous ses ordres pour ce qui a trait à la petite chirurgie, soit sous la houlette du maître pour les traitements chirurgicaux plus importants<sup>32</sup>. Le statut du privilège est une sorte d'étape, définitive pour certains qui se destinent à rester privilégiés leur vie durant, intermédiaire pour ceux qui veulent ensuite accéder à la maîtrise. Socialement et professionnellement, les privilégiés restent encore très éloignés des maîtres chirurgiens; en effet, les natifs et les habitants<sup>33</sup> peuvent prétendre au privilège sans difficulté, ce qui n'est pas le cas pour la maîtrise; par ailleurs, une partie de leur pratique est toujours placée sous la responsabilité d'un supérieur, dont il demeure le subalterne. Une phrase de Louis Odier illustre bien le sentiment éprouvé par l'élite médicale à leur égard:

« Les chirurgiens avaient autrefois sinon des élèves, au moins une boutique, un aide privilégié et des garçons qui travaillaient pour lui et qui dans les grandes opérations ne laissaient pas que d'être utiles au maître, mais, et ce privilégié lui-même et ses garçons étaient pour l'ordinaire des gens trop subalternes pour pouvoir soutenir avec lui des relations analogues à celles dont je parle. Ils étaient des garçons barbiers destinés tout au plus à devenir un jour des chirurgiens de campagne »<sup>34</sup>.

Non seulement cette phrase nous renseigne sur la perception éprouvée à l'égard des privilégiés, mais elle nous informe aussi que ce statut semble passer à la trappe avec le tournant du siècle. En effet, cette hiérarchie séculaire se volatilise, malgré d'ultimes révoltes des maîtres chirurgiens, qui essaient en vain de conserver leur droit. En 1796, pour la

<sup>32</sup> AEG, Not. Jean-Jacques Choisy, vol. 17, p. 149 et suiv., cession de boutique entre Antoine Sabourin et David Pons, 5.2.1751; AEG, Not. Mercier, vol. 16, pp. 72 et suiv., idem entre Cabanis et Cambassadès, 27.2.1783.

<sup>33</sup> Soit ceux qui n'ont pas accédé à la bourgeoisie.

<sup>34</sup> Archives du Musée d'histoire des sciences, Z 92, « Mémoire sur les différentes professions médicales », lu à la Société médico-chirurgicale le 25 janvier 1810.



dernière fois, ils s'insurgent contre trois chirurgiens, qui tiennent boutique sans la responsabilité d'un maître<sup>35</sup>.

Contrairement à ce que laisse supposer ces derniers paragraphes, le privilège n'est pas un passage obligatoire pour la maîtrise, mais il représente une sorte de droit de pratique, indépendant du parcours traditionnel du maître. C'est ainsi qu'un élève peut terminer son apprentissage, partir se perfectionner à l'étranger, s'il en a les moyens, et passer directement ensuite l'examen de la maîtrise. Mais il se peut également qu'un maître devienne privilégié, dans la mesure où le nombre de boutiques de chirurgiens est restreint à douze<sup>36</sup>; si donc un chirurgien devient maître, mais que douze boutiques ont déjà pignon sur rue, il doit attendre que l'un de ses confrères cesse son activité pour ouvrir sa propre entreprise; Louis Jurine dut ainsi attendre la mort de la veuve du chirurgien Antoine Sabourin<sup>37</sup> pour s'installer de façon indépendante, en 1786<sup>38</sup>, alors qu'il est maître depuis 1773.

Comme on le voit, le statut de privilégié n'est pas une composante de la formation du chirurgien à proprement parler, mais constitue plutôt une forme de pratique de la chirurgie, qui disparaît à peu près en même temps que l'Ancien Régime.

#### *b) La maîtrise*

La maîtrise est l'ultime étape du chirurgien, difficilement accessible, mais la seule qui autorise une pratique indépendante. Bien qu'il ne soit pas explicitement demandé, un séjour à l'étranger est parfois entrepris, soit pour travailler dans des hôpitaux, soit dans le but de suivre un enseignement complémentaire, à Paris ou à Montpellier, ce qui suppose, comme pour les médecins, des moyens financiers suffisants. Cependant, un voyage n'est pas obligatoire et la moitié des candidats ne semblent pas avoir quitté Genève avant d'avoir reçu le statut de maître<sup>39</sup>. L'aspect pécuniaire reste un frein à l'ouverture d'une boutique, dans la mesure où celle-ci implique

<sup>35</sup> AEG, R.R. médecine, pétition des chirurgiens, 3.4.1796.

<sup>36</sup> GAUTIER 1906, p. 351.

<sup>37</sup> En effet, la veuve d'un maître chirurgien peut rester propriétaire de la boutique de son feu mari, et employer un privilégié. Dans ce cas, il est probable qu'il ne peut effectuer que de la petite chirurgie, ou alors qu'il s'arrange avec un autre maître pour les traitements qui ne sont pas de sa compétence.

<sup>38</sup> AEG, R.C. 290, p. 128, 3.2.1786.

<sup>39</sup> Toutefois, les sources ne sont pas disertes sur la trajectoire des chirurgiens, et seul le registre de la Faculté mentionne les séjours à l'étranger, de manière aléatoire. Léon Gautier affirme que dès le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, la plupart des élèves en chirurgie partaient faire leurs études à Paris, affirmation un peu hâtive à mes yeux: GAUTIER 1906, p. 352.

un certaine aisance matérielle. Le statut social représente un autre handicap, puisqu'il faut être citoyen ou bourgeois pour devenir maître, ceci jusqu'en 1766; à cette époque, la ville ne compte plus assez de maîtres en chirurgie, et le Conseil décide alors d'admettre les natifs à la maîtrise<sup>40</sup>.

A l'instar de l'agrégation des médecins, la maîtrise ne se résume pas à une simple formalité d'ordre politique ou social uniquement, mais exige des qualités professionnelles. Comme l'indiquent les Ordonnances particulières pour la chirurgie, les exigences professionnelles sont de nature théorique et pratique. Après avoir montré ses lettres d'apprentissage, et la preuve qu'il a travaillé trois ans «sans reproche», l'aspirant doit passer un examen sur l'art de la chirurgie:

«C'est assavoir sur la Chirurgie en général, sur l'Anatomie, sur les tumeurs, les playes, ulcères, fractures, dislocations et quelques autres maladies, desquelles la cure essentielle consiste principalement en l'opération de la main, comme aussi sur les opérations ordinaires aux Chirurgiens»;

le candidat est interrogé par les médecins et les maîtres chirurgiens présents. S'ils sont satisfaits, il peut alors effectuer son premier «chef d'œuvre sur un corps vivant», soit une opération. Un deuxième examen, semblable au premier, lui est imposé, avant que le candidat puisse entamer deux autres chefs-d'œuvre, l'un sur un cadavre, l'autre de nouveau sur un vivant, autrement dit une dissection et une nouvelle intervention. Après avoir réussi ses chefs-d'œuvre, il peut alors passer une troisième et dernier examen théorique<sup>41</sup>.

Quelques exemples permettront de mieux comprendre et d'illustrer ces exigences. Jérémie Macaire voudrait accéder à la maîtrise en 1786: il montre, apprend-on, un grand nombre de certificats d'études, puis commence le premier examen théorique, au cours duquel il donne des réponses assez satisfaisantes pour entreprendre son premier chef-d'œuvre, une extirpation de loupe sur la paupière d'un malade. Malgré la guérison du patient, Macaire est unanimement refusé car l'opération et les pansements ont été mal effectués. Il peut tout de même subir sa deuxième épreuve théorique, à laquelle il est reçu, mais renvoyé d'une année pour lui laisser le temps d'effectuer les trois chefs-d'œuvre requis. Deux de ces trois opérations sont sanctionnées par de mauvais rapports, ce qui mène ses confrères à le refuser, tout en lui suggérant d'aller se former auprès de «grands» maîtres, dans le but de se perfectionner dans la pratique des opérations, et d'améliorer ses connaissances de la «matière médicale chirurgicale»; il pourra ensuite revenir effectuer «une opération majeure» et

<sup>40</sup> GAUTIER 1906, p. 351.

<sup>41</sup> GAUTIER 1906, pp. 634-636.

une démonstration anatomique, avant le dernier examen. Macaire se représente donc une année plus tard et réussit bien l'opération d'une hernie inguinale, un peu moins bien une démonstration anatomique de l'œil. Son dernier examen théorique n'est guère satisfaisant, car il a peu de bons principes en chirurgie; cependant il est passablement instruit sur les grandes opérations. Il est donc tout juste reçu, mais ses collègues lui font «sentir qu'il doit encore se meubler la tête de bons principes» et continuer à suivre les traitements effectués par son père – maître en chirurgie – et par les chirurgiens de l'Hôpital<sup>42</sup>. Macaire est un des seuls chirurgiens à avoir eu tant de difficultés à obtenir sa maîtrise, presque tous les autres ayant été acceptés «unanimentement» à la première tentative.

Parfois, la maîtrise et plus particulièrement un chef-d'œuvre entraînent le candidat et sa famille dans des aventures peu banales. C'est ainsi que Vilmejane a entrepris, comme accomplissement d'un de ses chefs-d'œuvre, l'amputation de la cuisse sur un mendiant savoyard, qu'il loge chez lui et nourrit à ses frais; comme sa femme est sur le point d'accoucher, il demande à la direction de l'Hôpital d'accueillir le mendiant pendant sa convalescence et jusqu'à sa guérison; les directeurs refusent sous prétexte qu'il ne peuvent pas le mettre dans la chambre des malades, probablement en raison de la nationalité et surtout de la confession du mendiant, mais ils acceptent tout de même de prendre en charge la nourriture du malade. Quatre mois plus tard, Vilmejane informe l'Hôpital que le mendiant est totalement rétabli, qu'il est parti de chez lui, mais qu'il a été obligé brûler ses vêtements attaqués par la vermine; les directeurs décident de lui en donner d'autres<sup>43</sup>. Le chirurgien et sa femme ont donc dû héberger pendant environ sept mois un malade chez eux, le soigner, le nourrir, le vêtir à leurs frais, pour une opération requise par la maîtrise.

Jean-Pierre Dupin, qui demande l'accès à la maîtrise en 1815, offre le dernier exemple susceptible d'illustrer le passage de cette étape. Après avoir montré les résultats de son doctorat en chirurgie de Montpellier, il présente son «compliment» en latin; il est ensuite interrogé par Jean-Pierre Terras sur les hémorragies, par Louis Jurine sur la myologie, l'artériologie, la neurologie, les plaies d'armes à feu, la formation du myconium, par Jérémie Macaire sur l'anatomie en général, l'ostéologie, la myologie et l'anatomie du cœur, par Jean-Pierre Maunoir sur la myologie du bas ventre et les hernies, par Charles Maunoir sur les tumeurs du scrotum et des testicules, sur leur diagnostic, sur les hernies irréductibles ou étranglées, par Jean Peschier sur les amputations, par Terras neveu sur

<sup>42</sup> AEG, Santé F 1, pp. 289, 292, 299, 13.11.1786, 18.9.1787, 4.6.1789, 23.9.1790.

<sup>43</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 402 et 417, 27.1.1754 et 10.4.1754.

les hydrocèles et les luxations du fémur, et par Jacques-Charles Morin sur l'articulation de l'omoplate et sa luxation. Il fait ensuite une démonstration anatomique devant deux de ses collègues et comme il a déjà fait preuve de son habileté, il est dispensé d'une opération. Il repasse un dernier examen, sur les mêmes objets que précédemment avec en plus des questions sur les accouchements et la chirurgie légale, sur l'organe de l'ouïe, sur les blessures provoquées par différentes armes, et sur la gale<sup>44</sup>. Dupin a donc terminé sa maîtrise en un mois, en raison il est vrai, du fait qu'il n'a pas eu à effectuer tous les chefs-d'œuvre généralement exigés.

Ces exemples n'ont pas été introduits ici que pour l'anecdote, mais plutôt pour mettre en lumière quelques aspects pratiques et imagés de la maîtrise, de même que pour montrer les différentes exigences qu'elle requiert.

Les maîtres en chirurgie la considèrent d'ailleurs comme une preuve de la bonne qualité de la chirurgie genevoise, ou encore comme l'affirmation que leur art nécessite des aptitudes aussi bien théoriques que manuelles, et qu'ils peuvent à cet égard se situer à un niveau professionnel comparable à celui des médecins, au moins du point de vue des capacités requises. Les maîtres genevois n'entendent pas rester à l'écart de l'important développement que connaît la chirurgie partout en Europe, et c'est, à leurs yeux, grâce aux exigences imposées par la maîtrise qu'ils peuvent stimuler et encourager les élèves à fournir un travail de qualité et ainsi contribuer à leur manière à l'essor de leur profession. C'est dans ce sens qu'ils défendent l'obligation de passer une maîtrise pour ouvrir ou tenir une boutique, et s'insurgent contre ceux qui contreviennent à cette règle, comme le fils Lamon, en 1733 déjà. En effet, ce dernier reprend la boutique de son père – maître en chirurgie – décédé depuis peu, alors que lui-même n'a pas encore passé les examens. Ils demandent alors de faire fermer la boutique, car si l'autorité politique acceptait un tel précédent, cela engendrerait le dépérissement de la chirurgie, ralentirait le courage des fils de maîtres qui ne s'obstineraient plus à passer une maîtrise qui réclame beaucoup de travail, et feraient comme Lamon, se permettant de « continuer les boutiques de leurs peres nonobstant leur incapacité »<sup>45</sup>. Une trentaine d'années plus tard, ils s'expriment de la même manière, lorsqu'ils s'opposent à la venue de Jean-Pierre Terras, alors chirurgien à Paris, arguant qu'il faut motiver les étudiants genevois et leur laisser une place :

« Si l'emulation des élèves qui se destinent n'est secondée et encouragée, on aura dans la suite des barbiers au lieu de chirurgiens habiles, le tems le plus

<sup>44</sup> AEG, Santé F 1, p. 233, 27.5, 12.6, 16.6 1815.

<sup>45</sup> AEG, R.R. Médecine, 9.5.1733.

eclairé dans cet art se rapprochera de celui de cent cinquante ans, il n'y aura que Genève où la chirurgie ne sera d'aucune utilité»<sup>46</sup>.

La maîtrise permet donc de garantir l'exercice d'une chirurgie de qualité dans la ville, mais aussi et surtout de s'inscrire dans une dynamique beaucoup plus large, qui vise à favoriser et encourager, comme partout ailleurs, la progression vers l'autonomie et surtout la reconnaissance d'un statut professionnel autonome de la chirurgie, abandonnant ainsi l'image d'un art manuel soumis à l'intellect des médecins.

### 3. *De l'apprenti à l'universitaire: la chirurgie en pleine mutation*

Le parcours du chirurgien décrit plus haut illustre la trajectoire traditionnelle du chirurgien genevois – et même européen – de l'Ancien Régime, formation qui, de manière générale, se trouve en pleine mutation à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

Peu à peu, la formation chirurgicale commence à s'insinuer dans un système qui valorise les fondements théoriques de la chirurgie. Comme nous l'avons vu plus haut, certains chirurgiens allemands ont déjà pu profiter d'une filière académique<sup>47</sup>; en France, quelques structures se mettent en place, avec notamment la création de l'Académie puis du Collège royal de chirurgie, et de l'Ecole pratique de dissection<sup>48</sup>, organismes qui facilitent l'expansion et la formation de chirurgie, et qui connaissent d'ailleurs un grand succès<sup>49</sup>; l'enseignement proposé par cette structure est académique sans l'être réellement, car s'il existe bien depuis longtemps, aux dires d'Antoine Louis, une « faculté » de chirurgie, son existence n'est pas à mettre sur le même pied que les autres facultés, car elle est laïque, civile et « purement royale »; elle jouit donc d'un statut un peu particulier<sup>50</sup>. D'autres villes françaises offrent également la possibilité d'un parcours académique, sous forme d'écoles de chirurgie<sup>51</sup>, et dès 1728, Montpellier propose aux étudiants en chirurgie un doctorat, dont la popularité s'amplifie vers les années 1760<sup>52</sup>.

<sup>46</sup> AEG, R.R. Médecine, Requête contre J. P. Terras, 1769.

<sup>47</sup> Voir aussi BUELTZINGSLOEWEN 1994, pp. 183-199.

<sup>48</sup> Sur ce sujet, voir IMBAULT-HUART 1973; GOUBERT et LEBRUN 1973.

<sup>49</sup> GELFAND 1973, p. 378; IMBAULT-HUART 1973, p. 18.

<sup>50</sup> LOUIS 1789, les articles « chirurgie » et « chirurgien », notamment pp. 185-186. Voir aussi IMBAULT-HUART 1973.

<sup>51</sup> IMBAULT-HUART 1973, p. 20.

<sup>52</sup> JONES 1987, p. 74.



Partout en Europe, certains chirurgiens, notamment ceux qui se destinent à l'obstétrique, adoptent le principe des voyages médicaux pour perfectionner leur formation. Ils effectuent alors le « grand tour » des universités européennes, qui leur permet non seulement d'observer la pratique de leurs collègues, mais aussi de créer des contacts et des échanges qu'ils entretiennent après leur retour; se mettent en place alors des réseaux d'échanges locaux, nationaux, et européens<sup>53</sup>.

Ces différentes tentatives aboutissent en France à la création de l'Ecole de Santé de 1794<sup>54</sup>, qui théoriquement unifie les trajectoires médicales et chirurgicales, au moins du point de vue de la structure de la formation. Selon certains auteurs, cette réunion atténue le conflit qui auparavant existait entre médecins et chirurgiens, pour le déplacer et établir une ligne de démarcation entre docteurs (en médecine ou chirurgie) et officiers de santé<sup>55</sup>. S'il est vrai que les trajectoires deviennent comparables, les tensions continuent, alimentées par des prérogatives sociales que les médecins ont de la peine à partager, par des questions de clientèle qui pourrait leur échapper dans certains cas. Seul le temps permettra d'intégrer dans les mentalités ce que signifie de fait un parcours de formation commun, ou presque.

A Genève comme ailleurs, les structures de formation, et surtout la garantie d'une pratique surveillée, sont en grande partie bouleversées en raison de l'extinction momentanée de la Faculté lors de l'Annexion. La cité devenue française, les praticiens diplômés dans ce pays peuvent y exercer librement leur art, ce qui implique la disparition de tout contrôle sur la pratique, mais ce qui permet en revanche quelques réformes, même si ces dernières se révèlent encore timides. En effet, un départ à l'étranger est toujours de mise pour la formation des médecins, mais concerne dorénavant aussi celle des chirurgiens; la tutelle française permet aussi de briser une tradition cristallisée dans une trop longue durée, de faire éclater un système qui s'autosuffisait et n'avait par conséquent aucune raison de changer sans un choc brutal imposé de l'extérieur. C'est ainsi que la disparition de la Faculté ouvre une brèche et permet d'intégrer sans heurts, en 1808, la création d'une Ecole préparatoire, dont l'enseignement s'adresse aux futurs étudiants, aux sages-femmes ou aux officiers de santé. Plus personne ne peut reprocher cette fois à Louis Odier, Louis Jurine ou Jean-Pierre Maunoir, les trois professeurs honoraires de

<sup>53</sup> GÉLIS 1988, pp. 291 à 305.

<sup>54</sup> IMBAULT-HUART 1973, p. 59.

<sup>55</sup> FOUCAULT, 1994, p. 81.

cette Ecole, leur désir d'enseigner. Celle-ci n'a encore rien à voir avec une réelle faculté universitaire de Médecine, qui verra le jour en 1876, mais illustre bien le lent passage de l'Ancien Régime à une infrastructure de formation plus moderne<sup>56</sup>.

De manière générale, le XVIII<sup>e</sup> siècle assiste à une sorte de croisement des trajectoires médicales et chirurgicales. En caricaturant ces différents parcours, on s'aperçoit que les chirurgiens se détachent peu à peu du système préconisant la transmission de connaissances de maître à élève, sur un mode individuel, pour tendre à un enseignement uniformisé, théorisé, et collectif. Bien que les médecins n'aient pas l'intention d'individualiser leur formation, ils ressentent en revanche la nécessité de se libérer d'une formation livresque et théorique, et réalisent peu à peu l'importance de la médecine pratique. Tissot, comme bien d'autres de ses collègues, s'inscrit en faveur de l'enseignement de cette médecine pratique<sup>57</sup>, et cette tendance est à mettre en rapport avec le rapprochement de la médecine hospitalière. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle,

«l'enseignement de la médecine clinique (qui) est devenu presque général à la fin du siècle dernier [XVIII<sup>e</sup> siècle], a ramené naturellement à une étude plus suivie et plus judicieuse des signes de la maladie... toute théorie se tait ou s'évanouit presque toujours au lit du malade, pour céder la place à l'observation et à l'expérience»<sup>58</sup>.

La chirurgie, comme art manuel, la médecine, et la médecine d'hôpital, comme pratique plus philanthropique que «scientifique», bien qu'à tendance thérapeutique, sont trois concepts qui existent de tout temps, généralement imperméables les uns aux autres. Mais tous trois, pour des raisons subtiles et inexorables commencent par se lancer des passerelles, puis se reconnaître comme appartenant au même monde, et finissent par s'intégrer les uns aux autres, au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. C'est pourquoi, si «une coupure épistémologique... entre la barbarie agonisante et une chirurgie qu'on pourrait déjà appeler moderne» s'esquisse dans le premier quart du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>59</sup>, elle ne participe pas qu'à un mouvement de la chirurgie, mais elle s'inscrit dans une tendance beaucoup plus globale.

<sup>56</sup> Sur ce sujet, voir GEISENDORF 1959, pp. 180 et suiv.; MARCACCI 1987, pp. 99 à 117, et le travail en cours sur la faculté de médecine de Genève, entrepris par Philip Rieder et Mireille Lador.

<sup>57</sup> TISSOT 1785, p. 17.

<sup>58</sup> LANDRÉ-BEAUVAIS 1818, p. XIII.

<sup>59</sup> IMBAULT-HUART 1973, p. 15.

## B. Où la pratique rend les structures confuses

Bien qu'en mouvement au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, les formations chirurgicales et médicales demeurent encore clairement délimitées et, théoriquement, la chirurgie est bien distincte de la médecine. En outre, d'un point de vue conceptuel et même statutaire, depuis des siècles ces deux formes de l'art de guérir se sont approprié des parties du corps très précises: tout ce qui touche aux parties internes relève de la médecine, tandis que l'enveloppe corporelle et les parties externes sont réservées aux chirurgiens. Cependant, au regard de la pratique, la situation devient nettement plus complexe, notamment si l'on regarde le quotidien du chirurgien. La pratique du médecin paraît plus claire de prime abord, s'attachant essentiellement à toutes les affections internes du corps, même si parfois certains praticiens s'intéressent aussi à la chirurgie. Mais si en principe le médecin n'empiète pas sur le territoire du chirurgien, son quotidien, sa relation au malade, ses gestes restent encore souvent obscurs. Quelques remarques glanées au fil des sources permettent cependant de faire surgir quelques contours de la pratique d'un médecin.

### 1. *Le rapport au corps du malade*

Le plus souvent, le médecin entre en contact avec ses malades lors de la consultation, soit chez lui, soit lors de visites à domicile. A ma connaissance, ces consultations n'ont laissé aucune trace écrite qui nous permettrait de comprendre le déroulement de ces rencontres. Si l'on en croit le rapport du docteur Lombard, médecin chargé des malades externes de l'Hôpital<sup>60</sup>, les visites sont plus fréquentes que les consultations, puisqu'entre le mois de mars et le mois de décembre 1821, il effectue 1025 consultations pour le compte de l'établissement, dont 783 à domicile<sup>61</sup>. Ceci s'explique *a posteriori* aisément par le fait que le bureau du médecin n'offre encore aucun moyen technique nécessaire à la thérapeutique, ni même au diagnostic. Mais au-delà d'une explication pragmatique qui découle d'une comparaison avec la médecine de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, ces visites attestent de l'usage du déplacement du médecin, et non des malades. Certains auteurs justifient ces pérégrinations médicales par la richesse de leurs clients, fortune qui permettrait d'exiger le déplacement

<sup>60</sup> Comme nous le verrons plus tard, deux médecins sont employés par l'Hôpital pour soigner les pauvres dépendant de l'Hôpital, sans les faire entrer dans l'institution. Payés par l'établissement, ils distribuent leurs soins à domicile.

<sup>61</sup> AEG, Arch. hosp. P. liasse 196, dossier 2322.

du praticien<sup>62</sup>. Cette hypothèse s'avère certainement en partie exacte, mais n'explique toutefois pas le déplacement de médecins auprès de malades moins fortunés, comme en témoigne le journal de Théophile Frêne<sup>63</sup>. En revanche, on peut déduire de la fréquence des visites que l'acte médical se déroule le plus souvent dans l'univers familial du malade, et non dans celui du médecin.

Les chroniques du docteur Odier, qui écrit régulièrement dans le *Journal de Genève* entre 1787 et 1790, nous révèlent qu'un médecin consulte en moyenne une soixantaine de malades par semaine, moyenne qui peut dépasser pourtant largement la centaine, notamment en période d'épidémie de petite vérole<sup>64</sup>; on peut donc en déduire que le temps de consultation est relativement court.

Lors de ses consultations ou de ses visites à domicile, le médecin fait appel à ses sens pour comprendre le langage du corps de son malade. Une acuité du toucher, alliée à une grande expérience et un talent d'observation, permet par exemple l'interprétation si communément pratiquée du pouls d'un malade; en effet, celui-ci peut être fréquent ou rare, « vite » ou lent, dur ou mou, grand ou petit, fort ou faible, régulier ou irrégulier ou intermittent, égal ou inégal, confus ou insensible<sup>65</sup>. Il faut avoir des doigts particulièrement exercés et avertis pour sentir un pouls dur ou mou, qui se reconnaît « à la tension plus ou moins grande de l'artère pendant la diastole. Le pouls dur frappe le doigt à la manière d'un corps solide, le mou frappe avec mollesse »<sup>66</sup>. La palpation exige la même finesse du toucher, comme l'exprime Tronchin, lorsqu'il affirme qu'un médecin « qui a des yeux au bout des doigts peut en appuyant un peu fortement entre le petit lobe du foie et l'estomac s'assurer du siège du mal »<sup>67</sup>. Le sens de la vue est également mis à contribution pour regarder la couleur et la netteté de l'urine, la texture de la peau, l'aspect de la langue. Bien que le thermomètre existe déjà, le médecin se fie plus à ses sens, constatant qu'elle peut être basse, modérée ou excessive<sup>68</sup>.

Il existe donc bien un contact direct entre les sens du médecin et le corps du malade. Toutefois, ce lien physique n'est pas nécessaire, puisque

<sup>62</sup> PORTER, R. et PORTER, D. 1989, p. 72.

<sup>63</sup> FRÈNE 1993. Il s'agit du journal du pasteur Théophile Frêne, commencé en 1741 et terminé en 1798, et conservé en sept volumes aux Archives de l'Etat de Neuchâtel.

<sup>64</sup> *Journal de Genève*, 1er volume; entre le 15 septembre et le 13 octobre 1787, Odier a vu 118 malades, puis 123, puis 138, puis 131 malades.

<sup>65</sup> LANDRÉ-BEAUVAIS 1818, p. 22.

<sup>66</sup> LANDRÉ-BEAUVAIS 1818, p. 30.

<sup>67</sup> OLIVIER 1955, p. 284.

<sup>68</sup> RISSE 1986, p. 113-115; PORTER, R. et PORTER, D. 1989, p. 74.

les consultations épistolaires sont encore fréquentes, comme en témoignent les archives Tronchin ou les lettres de malades contenues dans le fonds Tissot, pour ne citer que ces célèbres praticiens. Aux yeux de Tronchin, un récit bien détaillé peut remplacer un examen physique du patient: «Je ne vois point qu'il soit nécessaire que vous fassiez le voyage de Genève. Pour ce qui me regarde, je puis aussi bien vous conduire de loin que de près en lisant vos mémoires; j'imagine, Monsieur, que je vous entends parler, je crois vous avoir vu et vous avoir touché»<sup>69</sup>. Les sens du médecin genevois semblent ainsi se réveiller par le truchement de l'écrit du malade. Tissot est plus réservé sur ce point, si l'on en croit le reflet de son opinion dans une lettre de l'un des ses malades: «Vous dites qu'il faut beaucoup d'attention et d'habitude pour bien juger de l'état d'un malade que l'on ne voit pas»<sup>70</sup>.

Ce mode de consultation épistolaire ne se limite pas forcément aux praticiens suffisamment renommés pour attirer une clientèle lointaine; et cette dernière n'appartient pas qu'à une petite frange de la population, noble ou aisée, mais comporte également des malades un peu moins favorisés<sup>71</sup>, comme Théophile Frêne, pasteur de campagne dans le Jura; en effet, ce ministre fait partie de ce que l'on pourrait appeler la petite bourgeoisie de sa région; et comme il habite dans un village reculé, il consulte par lettres à plusieurs reprises son médecin, le docteur Scholl installé à Bienne, praticien ne jouissant pas, et de loin, d'une renommée identique à celle de Tronchin ou de Tissot: «J'envoyai à Bienne chés Monsieur le docteur Scholl le matin...» écrit-il dans ses mémoires à l'occasion d'une maladie de sa femme, et, «A l'approche de la nuit, l'express revient avec une lettre de Monsieur le docteur Scholl, qui ne disoit pas grand chose et qui faisoit autant craindre qu'espérer, et avec de l'essence de rhubarbe et des drogues pour ptisanne, où je crus reconnoître la fleur de millepertuis»<sup>72</sup>. Une lecture attentive de plusieurs journaux intimes permettrait certainement de multiplier ce genre d'exemples; les médecins ne sont pas les seuls soignants à connaître ce mode de consultation, et partagent cette habitude avec les grands chirurgiens et même avec d'autres thérapeutes, tels les mères valaisans<sup>73</sup>. On pourrait dire qu'à cette époque, c'est la distance qui impose ce mode de consultation, quel que soit le thérapeute concerné, beaucoup plus que la formation et même que la renommée, même si cette dernière joue également un rôle.

<sup>69</sup> OLIVIER 1949, p. 663.

<sup>70</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784, 144/1, 6<sup>e</sup> chemise, 1.11.1771.

<sup>71</sup> MAYER 1975, pp. 170-171, qui cite l'exemple d'une fille souffrant de tuberculose.

<sup>72</sup> FRÊNE 1993, t. 2, p. 52.

<sup>73</sup> SCHÜLE 1975, p. 177.



## 2. *La relation médecin-malade*

Que ce soit au XX<sup>e</sup> ou au XVIII<sup>e</sup> siècle, la rencontre entre un soignant et un malade relève d'une interaction dynamique entre deux personnalités qu'il nous est impossible de cerner entièrement, et encore moins de généraliser. Il s'agit de liens très subtils et concrets, qui appartiennent à une intimité de laquelle tout observateur est exclu. Toutefois, sans vouloir les élaborer en théorie, quelques citations permettent de saisir certaines caractéristiques de cette relation, certaines attitudes du médecin à l'égard du malade ou de la maladie<sup>74</sup>.

Pour certains, la confiance dans la nature est beaucoup plus grande que celle dans la médecine et les médecins d'Edimbourg semblent d'accord avec l'affirmation suivante de Tronchin: «C'est souvent le comble de la sagesse de ne rien faire et il faut autant de vertu que de science pour y parvenir»<sup>75</sup>. Tissot exprime bien ce sentiment de fatalité, dans une lettre qu'il écrit à une de ses malades: «Faisons cependant ce que nous pouvons, quoique nous ne puissions pas faire tout ce que nous voudrions, et tachons d'arrêter les progrès d'un mal auquel le temps donne des forces et qu'il rend plus dangereux»<sup>76</sup>. Cependant, cette attitude s'atténue au fil du temps, et les médecins commencent à prendre, avec la fin du siècle, une certaine assurance dans des domaines tels que l'hygiène ou l'alimentation<sup>77</sup>. Cet attentisme thérapeutique vient probablement en partie du sentiment de l'incertitude du praticien si bien décrite par Louis Odier, lors d'une séance de la société médico-chirurgicale:

«1) En médecine et chirurgie, comme en navigation, la sécurité est souvent dangereuse, les apparences souvent trompeuses, le pronostic souvent infidèle, et par conséquent, la vigilance toujours indispensable; 2) dans le traitement des maladies, le médecin doit tenir le gouvernail d'une main ferme, ne jamais perdre de vue les indications qui doivent le diriger, et ne se laisser détourner de sa route par aucune considérations»<sup>78</sup>.

Certains malades d'ailleurs ne s'y trompent pas, et demandent au médecin d'«au moins soulager et adoucir les maux cruels», ou d'indiquer «ce que vous croirés convenable à mon rétablissement, du moins pour recouvrer des forces à pouvoir marcher et sortir»<sup>79</sup>. Une recherche

<sup>74</sup> Voir PORTER, R. et PORTER, D. 1989, pp. 69 à 95.

<sup>75</sup> OLIVIER 1949, pp. 665-666; RISSE 1986, p. 177.

<sup>76</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/II/144.01.03.21, sans date.

<sup>77</sup> GOUBERT 1974, p. 253.

<sup>78</sup> Musée d'histoire des sciences, Z 254, Procès verbaux de la Société médico-chirurgicale du samedi, p. 37, 27.6.1807.

<sup>79</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/II/144.01.05.03, lettre du 16 mars 1770.

sur la demande des malades face à leurs médecins, déjà entamée par Roy Porter, serait du plus grand intérêt; pourtant, jusqu'à présent, les fonds de correspondance répertoriés concernent le plus souvent des personnalités célèbres, ce qui limite une interprétation généralisatrice. Les malades de Tissot, par exemple, lui accordent toute leur confiance, en raison de ses écrits, confiance qu'ils ne paraissent plus accorder à d'autres médecins: «Vos ouvrages, Monsieur, que je lis avec admiration, m'ont fait abandonner tous mes medecins, ce n'est qu'en vous seul que je puis avoir de la confiance, après les avoir lûs»<sup>80</sup> ou encore: «mais hélas, Monsieur, je suis rebûté des ordonnances de nos medecins, que je ne veux plus exécuter que la votre, et celle de la nature»<sup>81</sup>. L'incertitude, soulignée par Odier, peut être en partie contrebalancée par l'expérience; peut-être plus que les connaissances scientifiques, celle-ci joue un grand rôle dans la confiance que le médecin a en lui même et, à plus forte raison, dans celle qu'il peut inspirer à ses malades<sup>82</sup>. Louis Odier, toujours lui, s'appuie souvent dans ses chroniques sur celle qu'il a acquise au long de sa pratique. Dans un article que ce dernier écrit sur la phtisie, le lecteur peut bien percevoir le doute du médecin relatif au mode de contagion de cette maladie, et la manière dont il essaie de lutter contre ce sentiment grâce à sa propre expérience:

«Or, je crois pouvoir affirmer, d'après une pratique de quinze ans, assez étendue, que la phtisie ne se communique jamais ou presque d'un mari à sa femme, ou réciproquement, quelqu'intime qu'ait été leur relation;... qu'elle se communique, au contraire, très fréquemment entre frères et sœurs et d'un père ou d'une mère à ses enfans, mais très rarement à des enfans au-dessous de l'âge de quinze ans, rarement à des enfans qui n'ont aucune ressemblance, ni par leurs traits, ni par leur tempérament avec le malade...»<sup>83</sup>.

Il n'est bien sûr pas question de poser un regard ironique de la fin du XX<sup>e</sup> siècle sur ces affirmations, mais bien plus d'essayer de comprendre comment s'élaborent les pensées et les convictions d'un praticien réputé, pensées et convictions qui influencent sa rencontre avec le malade.

Plusieurs facteurs ont probablement nui à un dialogue constructif entre médecins et malades hospitalisés. «Des univers mentaux différents»<sup>84</sup>, une origine sociale disparate, une simple visite quotidienne du corps médical dans l'institution ne permettent pas de construire une

<sup>80</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/II/144.01.09.04, lettre du 24 janvier 1772.

<sup>81</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/II/144.01.07.09, lettre du 10 décembre 1772.

<sup>82</sup> Louis Jurine n'affirme-t-il pas cette conviction lorsqu'il écrit: «Combien les théories sans la pratique sont souvent dangereuses»? JURINE 1786, p. 290.

<sup>83</sup> *Journal de Genève*, n° 14, 5.4.1788.

<sup>84</sup> FAURE 1989, p. 80.

relation suivie de qualité, assumée le plus souvent par le personnel soignant et les convalescents de la chambre. Jens Lachmund et Gunnar Stollberg ont constaté, dans leur étude consacrée aux autobiographies, qu'un dialogue de sourds s'était établi entre soignants et soignés, en raison de l'incompréhension des uns du discours des autres, la maladie restant énigmatique pour le patient, alors qu'elle devient de plus en plus claire pour les médecins<sup>85</sup>. Un capitaine picard exprime très bien ce point de vue, lorsqu'il écrit à Tissot : « Je n'ai point appelé de medecins pour cette consultation, ils ne sentent point comme moy les maux qu'ils decrivent mieux »<sup>86</sup>. Arthur Imhof en arrive aux mêmes conclusions, quand il affirme que le XVIII<sup>e</sup> siècle révèle un réel schisme entre malades et médecins, la maladie étant encore supranaturelle pour les premiers, tandis qu'elle est logique et rationnelle pour les seconds<sup>87</sup>. Il est clair que beaucoup d'éléments concourent à une relation difficile, ce qui n'empêche pas certains praticiens d'exprimer du respect à l'égard de leurs patients. Thomas Percival insiste sur l'importance de la « sympathie »<sup>88</sup>; tandis que Gaspard De la Rive recommande un rapport de confiance, et souligne qu'« il ne faut jamais tromper les malades sur leur état, qu'ils sentent très bien eux mêmes... Quoique le ton de l'autorité soit nécessaire, il faut cependant le tempérer par un mélange de bonté et de tendresse; ils ont en général une vive reconnaissance pour ceux qui s'intéressent à leur sort »<sup>89</sup>. Selon Matthew Ramsey, le degré de confiance et de respect qu'un médecin inspire, constitue, pour le malade, l'un des facteurs déterminant le choix d'un praticien<sup>90</sup>. Tissot, quant à lui, semble accorder plus d'importance aux sentiments et aux perceptions de ses malades qu'à ses propres connaissances théoriques; c'est ainsi qu'il écrit à l'un de ses patients que les remèdes ne changeront rien à son mal, et que le malade doit suivre « son sentiment et son experience », ajoutant que « la vraie science de médecin, c'est d'observer attentivement ce qui soulage un malade et ce qui augmente son mal, ce qu'il supporte aisément et ce qui l'affoiblit »<sup>91</sup>.

Il est difficile de comprendre la relation médecin-malade, au XVIII<sup>e</sup> siècle, en termes de pouvoir ou de rapport de force. Certains sociologues ont étayé une réflexion sur les forces dominantes de cette relation, démontrant, pour les résumer très schématiquement, que le patient est roi dans

<sup>85</sup> LACHMUND et STOLLBERG 1995, p. 176.

<sup>86</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/144.1 chemise 6, lettre 6, sans date.

<sup>87</sup> IMHOF 1977, pp. 448-470.

<sup>88</sup> RISSE 1986, pp. 183-184.

<sup>89</sup> Cité par LADAME 1907, p. 6.

<sup>90</sup> RAMSEY 1988, p. 65.

<sup>91</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/144.1 chemise 7, document 12.

une médecine du XVIII<sup>e</sup> siècle centrée sur l'individu, pour ne devenir qu'organe dans l'essor de la médecine hospitalière au XIX<sup>e</sup> siècle, et finalement cellule, dans la médecine de laboratoire à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. En terme de pouvoir, cela signifie que c'est le patient qui est l'élément dominateur de cette relation sous l'Ancien Régime, puis l'Hôpital dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, et enfin la Faculté dans la seconde moitié; la personne du malade glisserait de l'entité individuelle et indivisible, à un objet pratiquement désincarné et éradiqué du discours médical<sup>92</sup>. Cela tend à démontrer que le malade perd sa place dans cette relation. Il est vrai que des éléments sociologiques participent à la construction de la rencontre du praticien avec ses malades, qui dépend en partie du rôle social joué par le corps médical dans une société. Pourtant, ils ne doivent pas cacher les nuances et les subtilités d'une telle relation, que seuls les témoignages émanant des médecins ou des malades peuvent éclairer. Ainsi, comme l'ont constaté Dorothy et Roy Porter pour l'Angleterre géorgienne, certains médecins sont respectés par leurs malades et jouissent de toute leur confiance, tandis que d'autres engendrent scepticisme et ironie<sup>93</sup>; ils ajoutent que la relation entre les malades et leurs soignants semble se construire sur un pied d'égalité<sup>94</sup>. Une dernière citation à ce propos, illustre la confiance, mais aussi la clarté, l'honnêteté, le respect et le dialogue susceptibles de s'installer dans cette rencontre, c'est du moins ce que suggère la forme du discours employée par Jurine quand il écrit à une de ses patientes:

«Lorsque je vous ai présenté, Madame, la possibilité de vous guérir par une opération douloureuse, j'ai dû le faire pour me soustraire au reproche que vous auriez pu m'adresser dans la suite de ne vous l'avoir pas proposée, mais étant dans l'intime conviction que vous ne l'accepteriez pas. Au reste votre façon de penser sur ce sujet s'accorde parfaitement avec la mienne, et quoique j'aie pratiqué plus d'une fois cette opération, je ne saurais la conseiller lorsqu'on a assez de philosophie pour savoir se soumettre à son état, d'autant mieux que les désagréments qui en dépendent s'atténuent chaque année, ou réellement, ou par un effet de l'habitude»<sup>95</sup>.

Ces quelques citations ne nous permettent pas de résumer ni même de cerner ces interactions d'une dynamique entre le soignant et le soigné, dynamique subtile et peut être intemporelle. Mais bien que très pointillistes, elles nous ouvrent quelques horizons sur l'attitude du praticien dans l'exercice de son art. Quoi qu'il en soit, et comme l'a parfaitement écrit Roseline Rey,

<sup>92</sup> JEWSON 1976, p. 232, et WEDDINGTON 1973, pp. 211 à 224.

<sup>93</sup> PORTER, R. et PORTER, D. 1989, pp. 76 et 93.

<sup>94</sup> PORTER, R. et PORTER, D. 1989, pp. 76 et 93.

<sup>95</sup> Archives cantonales vaudoises, Bc B118, 680, lettre de Louis Jurine à Mme Engletine Effinges de Wildegg, qui m'a été aimablement communiquée par Philip Rieder.

«La parole du malade au cours de l'anamnèse qui conduit au diagnostic a toujours été sollicitée, tout autant que soupçonnée... L'art d'interroger le malade, la façon de lui signifier un diagnostic et de lui prescrire un traitement n'est pas moins important pour le succès de l'acte médical, que les savoirs qui sont mobilisés pour faire le diagnostic et choisir une thérapeutique»<sup>96</sup>,

ceci même après l'intégration des progrès dus au développement de l'anatomie. Comme aujourd'hui encore, la parole du malade reste au cœur de cette rencontre, parole à jamais perdue pour le chercheur.

### 3. *Le chirurgien aux mille facettes*

Si la pratique du médecin reste bien délimitée par les frontières de l'invisible, il n'en est pas de même pour celle du chirurgien, qui ne se résume pas forcément à des interventions sur le visible. En effet, les chirurgiens sont contraints d'avoir des connaissances médicales (et non chirurgicales) dans le but d'éviter une opération et d'opter en faveur d'autres thérapeutiques moins incisives. On peut alors imaginer que la porte est ouverte à la curiosité de certains d'entre eux, avides d'approfondir ce savoir. Louis Jurine, chirurgien genevois renommé, incarne ce modèle de praticien; ses différentes publications témoignent d'un état d'esprit qui ne se cantonne plus seulement à l'art chirurgical, mais déborde largement du côté de la médecine. Par ailleurs, comme nous l'avons vu plus haut, la chirurgie est en mouvement et empiète petit à petit sur des territoires initialement réservés aux seuls médecins.

#### a) *Un bon chirurgien n'opère pas*

Nombreux sont les chirurgiens de talent s'accordant à dire que les opérations ne sont qu'un ultime recours pour la guérison d'un malade. Ainsi Antoine Petit affirme-t-il dans son *Dictionnaire de chirurgie*:

qu'«un vrai chirurgien, un homme savant et expérimenté cherche à ne compter ses succès que par les opérations qu'il a su prévenir et par les membres qu'il a su conserver [car] l'opération, indépendamment de la cause fâcheuse et souvent mortelle qui la prescrit, est souvent par elle-même une maladie très dangereuse»<sup>97</sup>.

Jean-Pierre Terras, chirurgien de l'Hôpital genevois, s'exprime exactement dans le même sens, lorsqu'il se propose de

<sup>96</sup> REY 1994, p. 102.

<sup>97</sup> PETIT 1772, article «Opération», pp. 97-98, cité par IMBAULT-HUART 1981, p. 151.



«faire sentir aux praticiens, trop prompts à se décider aux opérations instrumentales, qu'il faut réfléchir mûrement, bien distinguer les cas où l'opération de la hernie est indispensable, et chercher des moyens de l'éviter en sauvant également le malade»<sup>98</sup>.

Jean-Pierre Maunoir émet les mêmes réserves à propos du traitement de certains abcès quand il préconise «qu'il convient encore mieux, dans quelques cas, de les ouvrir d'aucune manière, et d'abandonner à la nature la résorption du pus, qui a quelques fois lieu»<sup>99</sup>. Pour la chirurgie comme pour la médecine, la nature est un atout que les praticiens de tout bord ne négligent pas. S'il est vrai que l'opération offre une perspective pour le moins traumatisante pour le patient, elle n'en demeure pas moins une épreuve pour le chirurgien obligé d'opérer sans anesthésie. Louis Jurine s'exprime dans ce sens, après l'opération difficile d'une pierre :

«Mais j'avoue que dans les premiers temps qui suivirent sa sortie de l'Hôpital, il ne venait jamais me voir sans me causer une émotion pénible, fondée sur la crainte qu'il n'eût encore quelque pierre, et qu'il ne fallût encore l'opérer»<sup>100</sup>.

L'opération, une fois reconnue comme nécessaire, s'effectue au domicile du malade, la boutique du chirurgien, au même titre que le bureau du médecin, n'offrant aucun avantage. Jaques-Charles Morin, chirurgien genevois, raconte l'opération d'une hernie crurale à la campagne<sup>101</sup>, et Jean-Pierre Maunoir une grosse intervention sur un lipome sur le dos d'un patient, avec ligatures d'artères et de veines, au domicile d'un patient, à Ferney-Voltaire<sup>102</sup>. Même les amputations sont effectuées à la maison, comme celle de Jean Senebier, dont l'intervention est racontée par Louis Jurine :

«on saisit ce moment pour une consultation dans laquelle il fut décidé, que le seul moyen qui restait pour sauver la vie à cet intéressant malade, était l'amputation du bras... L'appareil ayant été préparé, on procéda de suite à cette amputation...»<sup>103</sup>.

On peut noter au passage, que l'opération se fait aussitôt la décision prise.

A Genève, il n'est pas encore question d'envoyer à l'Hôpital les malades qui doivent subir une intervention chirurgicale, une salle d'opération n'étant créée qu'après 1820<sup>104</sup>; toutefois, quelques opérations ont lieu dans

<sup>98</sup> TERRAS an IX, p. 133.

<sup>99</sup> MAUNOIR 1812, p. 10.

<sup>100</sup> JURINE an X, p. 446.

<sup>101</sup> Musée d'histoire des Sciences, Z 255, Procès verbaux de la Société de chirurgie, p. 8, 10.10.1816.

<sup>102</sup> MAUNOIR 1812, p. 118.

<sup>103</sup> JURINE 1809, p. 381.

<sup>104</sup> On ne sait pas exactement à quelle date on créa une salle d'opérations, toutefois l'inventaire de 1835 la mentionne.

l'établissement, dans la chambre des malades, probablement sur des malades hospitalisés pour une autre raison. Comme l'Hôpital n'offre aucun espace chirurgical, (aucun instrument chirurgical n'est répertorié dans les inventaires), c'est donc presque par hasard que l'on y opère; par conséquent il est naturel que les interventions se déroulent au domicile du patient, pour que la famille puisse assurer les soins nécessaires.

Mais on l'a vu, les grosses interventions ne sont pas l'essentiel du travail du chirurgien, qu'il exerce son art à Genève, en campagne, ou même dans les grands centres urbains tels que Paris. Pour tous, les travaux de routine consistent surtout en saignées, incisions d'abcès, traitements de blessures<sup>105</sup>. Cependant, dans les petites villes et dans la campagne, le chirurgien se trouve souvent seul dispensateur de soins, et en plus de ces interventions routinières, il se voit fréquemment amené à exercer aussi bien la médecine que la chirurgie<sup>106</sup>.

*b) La réalité quotidienne définit la pratique professionnelle*

Même les chirurgiens bénéficiaires d'une bonne formation, en suivant par exemple les cours dispensés par l'Ecole pratique de dissection ou à l'Académie de chirurgie peuvent être appelés à devenir les seuls thérapeutes d'une région, une fois revenus dans leur province<sup>107</sup>; leur pratique ne correspond donc pas forcément à celle que l'on imaginerait pour un élève de cette formation et peut sembler en inadéquation avec le savoir qu'il a acquis.

Selon Samuel Tissot, «les maladies des campagnards sont ordinairement plus simples que celles des habitants des villes, parce qu'un genre de vie plus sain engendre moins de complications, le traitement est par là même plus facile»<sup>108</sup>; il serait donc tout à fait inutile, toujours selon le médecin lausannois, d'offrir à ces praticiens une formation trop sophistiquée, dont ils n'auraient pas usage lors de leur pratique courante. En revanche, ils doivent acquérir des connaissances adaptées à leur clientèle et apprendre des éléments de base de la médecine, la chirurgie et la pharmacie: «le même homme doit soigner les maladies, panser les playes et fournir les remèdes»<sup>109</sup>. A Genève, il existe déjà, dès 1732, une structure

<sup>105</sup> GELFAND 1980 p. 482. Voir aussi LEBRUN 1995, pp. 76 à 79.

<sup>106</sup> LEBRUN 1995, p. 93.

<sup>107</sup> GELFAND 1980, p. 480.

<sup>108</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/130/3, 12.2.1765, p. 1: Samuel Tissot, «Plan d'instruction pour les médecins de villages».

<sup>109</sup> *Ibid.*, p. 5.



Figure 10: *Un chirurgien de campagne.*

adaptée à ceux qui se destinent à une pratique rurale, appelés à passer un examen de chirurgien de campagne (*fig. 10*). Il est médicalement responsable de son territoire et est tenu de recourir à un médecin ou un chirurgien en cas de nécessité. C'est ainsi que Bernard Dunand demande à être examiné par la Faculté en vue d'être admis à la place de chirurgien du Mandement. On lui pose à cette fin des questions sur l'anatomie, les saignées, les dislocations, les fractures et les hernies, puis sur les maladies internes<sup>110</sup>. Ce praticien peut alors exercer une médecine que l'on appellerait aujourd'hui de « premier recours », soigner les maladies les plus courantes à la campagne, ou celles qui exigent une intervention assez rapide, tout en sachant estimer ses limites pour faire appel à un praticien de la ville si nécessaire. Il faut souligner que cette nouvelle structure a été mise sur pied à la demande des habitants de la commune de Plainpalais, sise juste à l'extérieur des murs de la ville, qui, devenant de plus en plus peuplée, demande au Petit Conseil l'installation d'un chirurgien dans leur commune, demande acceptée en 1732. Dans le cas de Genève, la profession de

<sup>110</sup> AEG, Santé F 1, p. 280, 11.2.1780. Voir aussi GAUTIER 1906, pp. 356-357.

chirurgien de campagne est bien réglementée et ces praticiens ne peuvent exercer leur médecine que dans les communes rurales. Jean-François Larpin est condamné pour avoir exercé les «trois professions de la médecine», non seulement dans la banlieue, mais aussi dans la ville; il est de ce fait privé de son droit de pratique<sup>111</sup>.

Toutefois, il n'y a pas qu'à la campagne que les chirurgiens exercent la médecine, et certains praticiens de la ville agissent de même. En effet, plus que la formation ou la pathologie du malade, son statut social joue un rôle important en milieu urbain; c'est alors que, pour schématiser, les médecins soignent les riches, tandis que les chirurgiens s'occupent plus généralement de la population plus défavorisée<sup>112</sup>.

Ces thérapeutes, qui ne sont finalement pas médecins, et qui n'évoluent pas forcément avec le développement de la chirurgie, vont amener à la création de la fonction d'officiers de santé, par la loi de ventôse, an XI. Ceux-ci doivent désormais suivre des cours des écoles de Santé pendant trois ans, ou attester de cinq ans de pratique dans des hôpitaux civils et militaires, ou encore comme aide privé d'un docteur pendant six ans; ils sont appelés à soigner «le peuple industriel et actif»<sup>113</sup>.

### c) *Extension du domaine chirurgical*

Comme on l'a vu, certains chirurgiens, malgré une nette amélioration de leur formation, jouent dans leur pratique un rôle de thérapeute de «premier recours», et remplissent la fonction de ce que l'on appellerait aujourd'hui un médecin généraliste, soit auprès des populations urbaines défavorisées, soit auprès d'une communauté rurale. Mais parallèlement à ce modèle issu d'une structure de l'Ancien Régime, et qui se formalise au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle par l'élaboration d'une formation de chirurgien de campagne ou celle des officiers de santé, le domaine chirurgical de pointe a tendance à s'étendre à des spécialités qui auparavant étaient clairement du ressort des médecins ou des sages-femmes.

Les maladies vénériennes illustrent bien ce conflit de compétences entre médecins et chirurgiens; en effet, à Genève, déjà au début du XVIII<sup>e</sup> siècle, les protagonistes s'affrontent autour de ces pathologies, notamment lorsque Pancier, en quête de sa maîtrise de chirurgie, demande à effectuer son chef-d'œuvre sur un vénérien. La Faculté s'y oppose,

<sup>111</sup> AEG, Santé F 3, pp. 11, 13-15, 22.9.1757.

<sup>112</sup> IMBAULT-HUART 1981 p. 155; GOUBERT et LEBRUN 1973, p. 124.

<sup>113</sup> FOUCAULT 1994, p. 81.



arguant d'une part que le chirurgien doit effectuer une opération, ce qui ne serait pas le cas pour ce malade, et d'autre part que les maladies vénériennes sont de la sphère de la médecine et non de la chirurgie<sup>114</sup>. Quelques décennies plus tard, la situation s'est renversée et les vénériens sont traités par les chirurgiens, comme l'attestent les registres de comptes de l'Hôpital, qui versent régulièrement des paiements aux aides-chirurgiens pour le traitement de chaque vénérien. En 1761 déjà, lorsqu'une épidémie de maladies vénériennes envahit l'institution, les directeurs convoquent les chirurgiens de la ville en vue de réfléchir aux meilleures thérapeutiques à appliquer pour faire face à cette situation; il est vrai qu'à cette occasion, les médecins sont aussi présents et donnent leur opinion, mais il est clair que les chirurgiens sont les plus concernés face à ce problème<sup>115</sup>. Samuel Tissot, alors qu'il s'insurgeait une dizaine d'années auparavant contre ce glissement de compétence, affirmait: «on sait que tous les chirurgiens se mettoient dans le gout de traiter les maladies vénériennes sans appeler de médecins; ils ont même osé demander que cela leur fut permis»<sup>116</sup>.

L'obstétrique et particulièrement les accouchements révèlent également l'emprise chirurgicale dans le courant du XVIII<sup>e</sup>, mais cette fois au détriment des sages-femmes et non des médecins. C'est ainsi qu'en France, sous prétexte de mieux former les matrones de la campagne, les chirurgiens-accoucheurs commencent à s'imposer dans ce domaine et finissent par se faire accepter par la société, malgré quelques réticences des moralistes<sup>117</sup>. On assiste alors, en Europe, à «l'émergence de l'accoucheur», non pas encore comme une spécialisation à part entière, puisque la plupart de ces chirurgiens pratiquent encore ce qu'on appelle aujourd'hui la chirurgie générale, mais parce qu'ils consacrent de plus en plus de leur temps à ce domaine<sup>118</sup>. A Genève, la même tendance se dessine dès la deuxième partie du XVIII<sup>e</sup>, avec notamment Daniel Guyot, chirurgien de l'Hôpital désireux de quitter l'institution dans les années 1760, pour se consacrer essentiellement aux accouchements<sup>119</sup>. Un peu plus tard, Jean-Pierre Maunoir, chirurgien, devient un accoucheur suffisamment renommé pour faire paraître dans la Feuille d'Avis genevoise qu'il ne pratiquera plus d'accouchement à moins de 10 livres

<sup>114</sup> AEG, Santé F 1, p. 224, 28.3.1729.

<sup>115</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 53, 18.1.1761.

<sup>116</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/72, p. 77, en note. Discours sur la chirurgie, prononcé en latin le 22.4.1749 à Montpellier après avoir reçu son doctorat (Manuscrit).

<sup>117</sup> Voir GÉLIS 1977, pp. 947 et suiv.

<sup>118</sup> GÉLIS 1988, pp. 291 à 325; voir aussi PULZ 1996.

<sup>119</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 293, 20.3.1763 et p. 294, 23.3.1763.



d'honoraires<sup>120</sup>. Au-delà de l'anecdote, cela démontre qu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle, un chirurgien est non seulement accepté, mais aussi recherché pour les accouchements.

La circulation des pratiques et des savoirs mise en place au XVIII<sup>e</sup> siècle favorise ces développements de la chirurgie, grâce aux écrits qui foisonnent et qui universalisent les connaissances<sup>121</sup>. Il en découle un rapprochement entre les chirurgiens européens qui prennent confiance et perdent leurs complexes face à la médecine<sup>122</sup>. En conséquence, grâce à cette perméabilité transfrontalière, les nouvelles techniques développées par l'école hunterienne peuvent traverser la Manche et inspirer les chirurgiens du continent, plus particulièrement en matière de variolisation, de taille vésicale, de technique d'amputation<sup>123</sup>.

C'est alors que certains chirurgiens profitent du fait que la ligne de démarcation entre médecine et chirurgie devient plus floue, et en même temps du fait qu'ils commencent à être reconnus par les classes sociales les plus favorisées, pour gagner en autonomie et exercer leur talents dans les domaines des maladies vénériennes, de l'obstétrique ou encore des nouvelles techniques relatives à l'inoculation<sup>124</sup>. La barberie reste alors l'apanage des chirurgiens cités dans le paragraphe précédent, tandis que d'autres, plus curieux et entreprenants, s'en libèrent pour des horizons plus pointus. Louis Jurine, chirurgien dont la carrière se déroule entre 1776 et 1819, offre un bon exemple de ces derniers. En effet, après avoir suivi une formation tout à fait traditionnelle, il part quelques mois à Paris pour se perfectionner. A son retour, il devient chirurgien de l'Hôpital pendant six ans, poste qu'il délaisse en raison de l'étendue de sa pratique. Ses publications témoignent de ses intérêts, puisqu'elles portent notamment sur les maladies vénériennes, ou encore sur une nouvelle technique opératoire relative à l'opération de la cataracte, avec création d'un nouvel instrument. En 1805, il ouvre une maternité à Genève. Chirurgien réputé pour son habileté, il est également membre correspondant de l'Institut de France et gagne plusieurs prix pour différents mémoires<sup>125</sup>.

En résumé, on pourrait dire que le terme de chirurgien définit plusieurs identités professionnelles bien distinctes. Il existe d'une part les praticiens sans maîtrise, qui exercent la barberie, la petite chirurgie, ou encore la chirurgie de campagne, et dont la pratique est fortement

<sup>120</sup> MAYER 1977, pp. 6-11.

<sup>121</sup> Voir GÉLIS 1988, p. 238.

<sup>122</sup> IMBAULT-HUART 1981, p. 154.

<sup>123</sup> HUARD 1968, p. 47.

<sup>124</sup> Voir JONES 1987, p. 74.

<sup>125</sup> BARRAS et LOUIS-COURVOISIER 1999.

influencée par la situation géographique et sociale. Les maîtres représentent une autre catégorie de chirurgiens, mais dont l'identité professionnelle n'est pas non plus entièrement cohérente; certains d'entre eux ont profité du développement considérable de la chirurgie, de l'amélioration de la formation, se sont instruits grâce aux multiples ouvrages qui fleurissent autour d'eux, et semblent finalement nourrir une réelle ambition, non seulement personnelle mais aussi sociale et professionnelle pour l'ensemble de leur corporation.

*d) Etienne Meschinet et Daniel Guyot: deux maîtres chirurgiens qui ne se ressemblent pas*

Daniel Guyot et Etienne Meschinet, tous deux chirurgiens genevois, illustrent bien ces différents profils de maîtres chirurgiens. C'est à dessein que j'ai choisi deux personnages n'appartenant pas aux extrêmes; c'est ainsi que Daniel Guyot n'est pas un «phare» de la chirurgie genevoise, comme l'a été Louis Jurine cité plus haut, par exemple, mais il représente tout de même le praticien ouvert sur l'extérieur, dynamique et entreprenant. Etienne Meschinet, quant à lui, n'est certes pas un mauvais praticien, ni vraiment réfractaire à l'essor que connaît sa profession, mais il est plus proche du maître chirurgien lié à une tradition d'enseignement individuel, attaché à ce qui existe déjà. Les quelques lignes suivantes ne prétendent pas retracer la vie de chacun des deux chirurgiens de manière exhaustive, mais s'attachent à déterminer de quelle façon ils s'intègrent à leur pratique par le biais de l'Hôpital.

Daniel Guyot, (1704-1780), originaire de la vallée de Pragelas, dans les Hautes Alpes<sup>126</sup>, devient bourgeois de Genève en 1730, pendant sa formation; à cette époque déjà, il fait office de démonstrateur lors des cours d'anatomie créés en 1728, puis propose de participer à un enseignement destiné aux sages-femmes. En 1731, il demande son admission à la maîtrise, et montre à cet effet divers certificats «des plus celebres chirurgiens de Paris». Il passe tous ses examens à la satisfaction de ses collègues et s'est «parfaitement acquitté» des trois chefs-d'œuvre requis, le premier consistant en l'opération d'un bec de lièvre sur une fille âgée d'environ dix ans, le deuxième en une anatomie du squelette et de l'œil, et le troisième en la réduction et le traitement d'une fracture à la jambe d'un jeune homme de 18 ans<sup>127</sup>. En 1747, il entre au service de l'Hôpital, dans lequel il s'investit pleinement, aux dires des directeurs:

<sup>126</sup> Actuellement dans le Piémont.

<sup>127</sup> AEG, Santé F 1, p. 227, 22.5., 6.8, 3.12.1731.

«... a été arrêté de lui témoigner combien on est sensible à toutes les peines et soins qu'il s'est donné pour les malades de cette Maison, et en particulier pour la nouvelle méthode, sûre, aisée et commode qu'il a mise en usage pour traiter les maladies veneriennes avec les dragées ou pilules de Keyser»<sup>128</sup>.

Ce passage fait allusion à l'épidémie du mal vénérien citée plus haut, au cours de laquelle les directeurs avaient fait appel aux chirurgiens pour évoquer un traitement de cette affection à l'aide de nouvelles pilules, élaborées par un chirurgien militaire français, du nom de Keiser. Tous les chirurgiens convoqués se sont prononcés contre cette nouvelle thérapeutique, sauf Guyot, qui révèle ainsi son esprit d'entreprise, en proposant une étude comparative entre le traitement effectué à l'aide des dragées et les frottements mercuriels traditionnellement appliqués lors des maladies vénériennes<sup>129</sup>. Peu avant cet épisode, Guyot avait demandé une chambre aux directeurs de l'institution, avec l'autorisation d'y entreposer différents instruments de quelques chirurgiens, qui permettraient d'effectuer des « expériences » au sein de l'établissement. Son projet ne prend finalement pas forme, et ces instruments ne font qu'un bref passage à l'Hôpital, pour être transportés ailleurs quelques mois plus tard, on ne sait pour quelle raison<sup>130</sup>. Ces deux allusions suggèrent un certain dynamisme du chirurgien, qui considère sa fonction hospitalière non pas comme une activité philanthropique, mais comme un moyen d'investir médicalement (pris au sens large du terme) l'institution, qui à son tour lui permet d'entreprendre des expériences. En 1763, Guyot invoque son âge et son « peu de santé » pour donner sa démission, afin de se consacrer, comme nous l'avons vu plus haut, à son métier d'accoucheur. Les directeurs la lui accordent, regrettant toutefois ce praticien pour son mérite, ses talents, ses « lumières », et lui expriment toute leur gratitude pour son zèle, son assiduité, son exactitude et son désintéressement<sup>131</sup>. Parallèlement à son activité hospitalière, Guyot s'adonne à une pratique privée au cours de laquelle il montre le même esprit d'initiative. Il est en effet le premier à effectuer une inoculation en 1751, et à utiliser l'électricité comme thérapie sur un malade affecté de paralysie<sup>132</sup>. Lauréat de l'Académie de chirurgie et membre associé de l'Académie de Médecine de Paris, il écrit également quelques articles, notamment dans le fameux *Journal de médecine, chirur-*

<sup>128</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 146, 31.12.1761.

<sup>129</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 53, 18.1.1761. Le frottement mercuriel consiste à frictionner le corps du malade; ce dernier est ensuite emmitoufflé dans une couverture et doit saliver ensuite « jusqu'à plusieurs litres »; ce traitement s'effectue à nouveau 24 heures plus tard; voir LEBRUN 1995, p. 140.

<sup>130</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 532, 17.2.1760 et Aa 104, p. 8, 30.7.1760.

<sup>131</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 293 et 294, 20 et 23.3.1763.

<sup>132</sup> GAUTIER 1906, p. 362.

gie et pharmacie, relatifs à l'inoculation, ou aux maladies obstétricales<sup>133</sup>. L'inventaire de sa bibliothèque, qui contient plus d'une centaine de livres médicaux en français, révèle un homme d'érudition, curieux de tout ce qui s'écrit au cours de son siècle, en matière de chirurgie mais aussi de médecine, tel le *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, par Pierre Pomme, ou encore *Observation de medecine où l'on trouve des remarques qui tendent à detruire le prejuge où l'on est sur l'usage du lait dans les pulmories*, par J. Raulin<sup>134</sup>. La quinzaine d'ouvrages relatifs aux accouchements reflète bien l'intérêt du chirurgien pour ce domaine, intérêt qu'il partage avec bon nombre de ses confrères européens à cette époque, puisque l'art d'accoucher est en train de quitter le territoire des sages-femmes pour être de plus en plus intégré dans la pratique chirurgicale. En cela, de même qu'en matière d'inoculation, sur laquelle il possède sept livres, sa bibliothèque témoigne du fait qu'il s'inscrit dans le courant dynamique de sa profession. Guyot n'est certes pas le premier à posséder une grande bibliothèque, et d'autres chirurgiens, bien avant lui, s'appuyèrent sur une culture livresque pour enrichir leurs connaissances<sup>135</sup>. Ces quelques éléments ne permettent pas de mettre en lumière un chirurgien au profil bien délimité, mais nous autorisent tout de même à penser que Guyot appartient à la catégorie des chirurgiens innovateurs, perméables aux idées qui circulent et investis dans le courant progressiste de la chirurgie.

Etienne Meschinet (?-1790), quant à lui, est du nombre des chirurgiens de l'ombre, qui laissent très peu de traces à la postérité. Les archives notariales, de même que pour Guyot d'ailleurs, n'ont pas conservé son contrat d'apprentissage, nous privant ainsi de renseignements sur sa formation. Sa maîtrise constitue sa première apparition, mentionnant d'emblée que Meschinet a été renvoyé d'une année pour se perfectionner; ayant bien mis à profit cette année supplémentaire, il peut passer son premier examen qu'il réussit, au même titre que les suivants. L'extirpation d'une tumeur «assez considerable» de la cuisse gauche d'un malade, l'opération d'un bec de lièvre et finalement une anatomie effectuée sur un squelette, un cerveau et un œil lui permettent d'avoir des rapports suffisants pour l'obtention de ses chefs-d'œuvre<sup>136</sup>. En 1753, il postule pour une place de chirurgien à l'Hôpital, qu'il n'obtient pas en raison de la réélection de Guyot<sup>137</sup>. Il finit par entrer dans l'institution en 1761,

<sup>133</sup> Voir annexe n° 3.

<sup>134</sup> Voir annexe n° 4.

<sup>135</sup> Notamment Thomas Kincaid, chirurgien d'Edimbourg sur lequel voir STOTT 1995, pp. 351 à 367.

<sup>136</sup> Santé F 1, p. 234, 24.5.1746, 24.4 et 15.8.1747.

<sup>137</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, pp. 390 et 393, 26 et 30.12.1753.

comme chirurgien pour les malades non hospitalisés et comme visiteur des morts<sup>138</sup>, et semble, à la lecture des grabeaux, très bien s'acquitter de sa tâche, qu'il conserve jusqu'à sa mort, en 1790<sup>139</sup>. Cependant, le silence des délibérations des directeurs laisse supposer qu'il n'a rien accompli de particulier puisqu'il n'est mentionné qu'une seule fois en dehors des grabeaux déjà cités. A cette occasion, il s'élève en accord avec les deux autres chirurgiens de l'institution contre une décision de la direction visant à ne plus accepter le travail des aides-chirurgiens dans le traitement des vénériens. En effet, les directeurs ont considéré qu'il y avait matière à indécence, vu la nature de la maladie, le « genre » de fille qui en souffre et la proximité entre les deux sexes. Les trois chirurgiens obtiennent gain de cause arguant qu'ils auraient de la peine à accepter que leurs « garçons » perdent l'occasion de pratiquer le « frottement » pour laquelle le bien public demande qu'ils cherchent à se perfectionner; ils promettent toutefois de veiller aux abus et d'être présents en même temps que leurs « garçons »<sup>140</sup>. Cette anecdote montre que Meschinet conçoit l'Hôpital comme un lieu d'acquisition d'expérience pour ses « garçons », mais rien n'indique qu'il le considère comme un lieu de recherche. En revanche, fidèle à la tradition, il s'insurge violemment contre la proposition du Petit Conseil de dispenser le chirurgien Antoine Guillem (aspirant à la maîtrise) des lettres d'apprentissage exigées par les Ordonnances, le magistrat estimant suffisantes les preuves de nombreuses opérations réussies<sup>141</sup>. Comme tous les autres chirurgiens de la ville, parallèlement à son activité hospitalière, Meschinet est tenu d'établir des constats de médecine légale; il effectue des rapports sur des suicides, des examens de cadavres, ou encore des expertises sur des enfants trouvés. Excepté les renseignements répertoriés dans les procédures criminelles sur cette activité<sup>142</sup>, sa pratique privée nous échappe complètement, à tel point que l'on est en droit de supposer qu'il fut un honnête praticien, sans plus. Contrairement à plusieurs de ses collègues genevois, il n'a fait paraître aucune publication et sa bibliothèque semble bien réduite, en comparaison de celle de Guyot, avec seulement une quarantaine d'ouvrages, presque exclusivement consacrés aux matières chirurgicales, tous en langue française. Seul un ouvrage rela-

<sup>138</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 120, 20.9.1761. La fonction de visiteur des morts implique que le chirurgien est tenu de « visiter » tous les corps morts de la ville en notant dans un registre le nom, l'adresse, la qualité et la profession du mort, avec en outre la cause du décès.

<sup>139</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 401, 5.12.1790.

<sup>140</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, pp. 338 et 351, 27.12.1769 et 14.3.1770.

<sup>141</sup> AEG, R.C. 273, p. 380, 20.6.1772.

<sup>142</sup> Informations communiquées par Vincent Barras, qui a effectué un dépouillement des archives criminelles sous l'angle des constats médico-légaux effectués par les médecins et chirurgiens.



tif aux accouchements, un autre sur l'inoculation côtoient les livres propres à la chirurgie, notamment quatre traités sur les maladies vénériennes, un traité des bandages ou un autre sur la saignée, et deux ouvrages sur la chirurgie de l'hôpital.

Les trop rares éléments biographiques récoltés sur Guyot et Meschinot mettent tout de même en lumière deux profils de chirurgiens, appartenant tous deux à leur temps. Le premier a adopté un regard sur l'extérieur, soit au cours de sa formation, soit sous forme d'une lecture abondante issue de ses confrères étrangers, et est doté de l'esprit innovateur circulant dans l'air du temps. Le second s'inscrit dans une lignée plus traditionnelle, s'appuyant probablement sur une transmission de connaissances d'ordre plus individuel et local, sans chercher à faire circuler son savoir par le truchement de publications, ni à prendre connaissance de celles des autres par le même biais.

### C. La rivalité ou la complicité transcendent les structures et les pratiques

Des formations différentes, des pratiques mal définies pour certains, des appartenances sociales inégales, un puissant dynamisme de l'art chirurgical, tout concourt à la complexité des liens qui unissent la médecine à la chirurgie, et suggère de fortes tensions entre les différents protagonistes. Cependant, s'il est vrai qu'une rivalité entre les deux corps est incontestable, certains exemples montrent qu'il existe une place pour la collaboration entre médecins et chirurgiens.

#### 1. La dépendance du chirurgien

En Europe au XVIII<sup>e</sup> siècle, le statut du chirurgien est professionnellement et socialement inférieur à celui du médecin. Comme le résumait si bien J. P. Goubert et F. Lebrun, «la profession médicale relève des *arts libéraux*» tandis que «la profession chirurgicale relève des *arts mécaniques*»<sup>143</sup>. En France, par exemple, «officiellement, médecine et chirurgie sont deux arts libéraux de niveau et de valeur comparables, depuis que l'Edit de Compiègne de 1756 a assuré, malgré les réticences des médecins, la promotion des chirurgiens»<sup>144</sup>. Même à Edimbourg, où la chirurgie

<sup>143</sup> Voir GOUBERT et LEBRUN 1973, p. 119.

<sup>144</sup> GOUBERT 1974, p. 12; FAURE 1994, pp. 44 à 58.

prend un essor considérable grâce à l'école Hunterienne, les chirurgiens de l'Infirmérie n'ont pas le droit d'entreprendre une intervention importante sans l'accord des médecins<sup>145</sup>. Bien qu'un mouvement irréversible vers l'autonomie se dessine, les chirurgiens devront attendre en tout cas le début du XIX<sup>e</sup> siècle pour faire admettre leur égalité, surtout à leurs collègues médecins; et encore, dans certains hôpitaux, notamment à Lyon, malgré la fusion de la chirurgie et de la médecine, le chirurgien est encore considéré comme inférieur, et ne reçoit que la moitié du salaire du médecin<sup>146</sup>. Les médecins montrent une réelle réticence à accepter cet état de fait, comme l'exprime Samuel Tissot dans son discours de doctorat à Montpellier, en 1749, de manière virulente et épidermique:

«Les chirurgiens une fois auteurs se crurent scavants... et se regardèrent comme les egaux des médecins, et secouèrent en consequence le joug de la dependance et firent toutes les opérations sans les consulter... ce qui doit etonner, c'est que dans le temps même ils cherchent à emprunter du lustre à la medecine, ils ne negligent rien pour l'avilir, ils se soustraient à l'autorité des medecins, et bien loin de les faire appeller comme ils le devroyent, ils empechent qu'on ne le fasse, et refusent meme d'executer leurs ordres»<sup>147</sup>.

Une soixantaine d'années plus tard, Louis Odier consacre un mémoire aux différentes professions médicales, dans lequel il s'arrête tout particulièrement sur les difficultés posées par la réunion des deux professions, réunion «infaillible, quoique le moment n'en soit point encore arrivé, parce que l'opinion n'est pas encore suffisamment formée sur ce point»<sup>148</sup>. Il ne s'élève pas contre la réunion de façon réactionnelle, comme Tissot, mais organise ses arguments de manière plus pragmatique. En effet, selon lui, si les douze médecins de la ville commencent à pratiquer la chirurgie, les sept chirurgiens qui travaillent à Genève effectueront beaucoup moins d'opérations, et de ce fait, perdront de leur habileté qui ne peut s'accroître que par la pratique:

«J'entends tous les jours les chirurgiens les plus habiles et les plus renommés se plaindre du petit nombre de grandes opérations qu'ils ont à faire et reconnoître que le théâtre sur lequel ils sont appellés à travailler est trop petit pour leur donner une expérience suffisante. Que seroit-ce donc quand il seroit encore rétréci des 12/19?»<sup>149</sup>.

<sup>145</sup> RISSE 1986, p. 65.

<sup>146</sup> FAURE 1982, p. 89.

<sup>147</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/72, p. 76 à 78. Discours sur la chirurgie, prononcé en latin le 22.4.1749 à Montpellier après avoir reçu son doctorat (Manuscrit).

<sup>148</sup> Archives du Musée de l'histoire des Sciences, Z 92, Louis Odier, «Sur les professions médicales, deuxième mémoire», lu à la Société médico-chirurgicale du mardi le 25.1.1810.

<sup>149</sup> *Ibid.*

Par ailleurs, les malades souffriraient de cette situation, car les opérations étant longues à effectuer, les patients ordinaires devraient attendre que le médecin ait terminé une intervention pour les voir. Finalement, les médecins seraient réellement perdants dans ce cas de figure, dans la mesure où certains d'entre eux, quoiqu'excellents praticiens, n'ont pas

« la fermeté d'âme, ni la dextérité de la main, nécessaires pour exercer comme il faut la chirurgie, et qui pourtant sont par leur génie observateur, par la sûreté de leur coup d'œil, la finesse de leur tact, l'excellence de leurs études très capables d'exercer la médecine proprement dite avec un grand succès »<sup>150</sup>;

les médecins n'auraient alors plus de pratique, les patients préférant un docteur aux talents multiples, manuels et médicaux. Odier semble donc reconnaître la validité des connaissances et le statut social des chirurgiens, mais se refuse à accepter une « réunion complète et entière des deux professions ».

A Genève, les Ordonnances particulières de 1697 pour les chirurgiens ne leur laissent qu'un minimum d'autonomie, car ils ne peuvent entreprendre aucune intervention considérable, ni même appliquer aucun remède sans l'ordonnance ou le consentement du médecin, lors des traitements qu'ils doivent effectuer ensemble<sup>151</sup>. En 1817 encore, le règlement de l'Hôpital continue de stipuler que les chirurgiens ne peuvent intervenir sans l'avis des médecins<sup>152</sup>. Quoique la loi de ventôse an XI ait mis sur un pied d'égalité les deux professions, l'héritage de la tradition, l'inertie des mentalités et surtout la réticence de certains médecins sont autant d'obstacles à cette égalité.

Le souffle libérateur de la chirurgie est atténué par la figure multiforme du chirurgien et par une résistance des médecins qui se révèle à la mesure de ce souffle.

## 2. *La collaboration est possible*

Les conflits entre médecine et chirurgie ne peuvent toutefois résumer à eux seuls les liens qui unissent ces deux branches de l'art de guérir. En effet, même si en général les chirurgiens s'intéressent aux matières médicales, la réciproque s'avère également exacte<sup>153</sup>. C'est ainsi qu'au sein de certaines fameuses facultés, comme celle de Montpellier, les responsables, sentant une opinion du public favorable à la chirurgie, encouragent une

<sup>150</sup> *Ibid.*

<sup>151</sup> *Les Sources du droit...*, vol. 4, p. 279, Ordonnances particulières pour les chirurgiens, article 17.

<sup>152</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 4, p. 51, 28.7.1817.

<sup>153</sup> Voir TEMKIN 1947, p. 489.

certaine ouverture vers différentes branches de la profession médicale dans la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>154</sup>. Mais au-delà de ces considérations générales, les récits des différents praticiens nous révèlent qu'une rencontre s'effectue souvent au lit du malade. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, Jean-Pierre Maunoir, au cours de ses récits, nous apprend qu'il voit certains malades conjointement avec d'autres médecins et d'autres chirurgiens: «Pendant plusieurs années, j'employai conjointement avec les docteurs Vieusseux et J. Peschier tous les remèdes internes que nous croyions capables d'agir dans ce cas»<sup>155</sup>. Les écrits de Louis Jurine témoignent de la même idée: «Je convoquai donc le médecin et le chirurgien ordinaires de l'Hôpital, pour consulter ensemble. Je leur communiquai la tradition du malade, comme le résultat de mes recherches, et il fut décidé unanimement que l'opération devait se faire»<sup>156</sup>. Il n'est donc pas rare qu'un praticien fasse appel à ses collègues, chirurgiens ou médecins, pour étayer son jugement ou l'aider à prendre une décision importante. Jurine, toujours lui, opposé à une opération que pourtant sa malade réclamait avec insistance, convoque «plusieurs de [ses] confrères, qui furent d'avis que l'opération ne pouvait pas se pratiquer sans exposer la malade à un danger imminent»<sup>157</sup>. Louis Odier lui-même fait également appel aux chirurgiens dans certaines circonstances: «Je fis appeler le professeur Jurine» et le lendemain, ils demandent l'avis de Maunoir<sup>158</sup>. Ce genre de mentions est très fréquente dans différents récits, et révèle le côté normal de ces situations, incitant le chercheur à penser que sur le terrain, les actions thérapeutiques conjointes appartiennent au quotidien des praticiens.

L'initiative de cette collaboration est aussi prise par les malades eux-mêmes, dans la mesure où certains d'entre eux décident d'emblée d'envoyer chercher un chirurgien et un médecin, comme cette femme de 70 ans, qui «fait demander» simultanément Jean-Pierre Maunoir et Gaspard De la Rive<sup>159</sup>; il est d'ailleurs bien probable que même si médecins et chirurgiens s'opposaient à travailler de pair, ils y seraient contraints par la pression exercée par les patients, pour lesquels les rivalités corporatistes ne semblent avoir que peu d'importance.

Ajoutons encore que de manière générale, la consultation simultanée de plusieurs praticiens, comme ce malade qui «se détermine à prendre

<sup>154</sup> Voir JONES 1987, p. 71.

<sup>155</sup> MAUNOIR 1812, p. 125.

<sup>156</sup> JURINE an X, p. 431.

<sup>157</sup> JURINE 1810, p. 409.

<sup>158</sup> MAUNOIR 1812, p. 266.

<sup>159</sup> MAUNOIR 1812, pp. 151-152.

l'avis de différents médecins à Genève»<sup>160</sup>, est considérée comme normale et acceptée par toutes les parties, non seulement à Genève, mais aussi en Grande-Bretagne et probablement ailleurs<sup>161</sup>.

Bien que les premières pages de ce chapitre soient restées assez éloignées de l'Hôpital, elles m'ont semblé nécessaires pour la compréhension des paragraphes suivants, et permettent, je l'espère, de mieux illustrer l'image du médecin et du chirurgien, et les liens subtils qui les relient.

#### D. Le corps médical et l'Hôpital

Les paragraphes suivants consistent à mieux cerner comment le corps médical s'inscrit dans le cadre hospitalier, quelle est la place réservée à d'autres thérapeutes, et dans un deuxième temps à comprendre ce que l'institution a à offrir aux médecins et chirurgiens, et réciproquement.

Une remarque préalable relative à l'absence des pharmaciens s'impose. Ce silence ne signifie bien entendu pas que leur rôle soit à nier dans le processus de prise en charge des malades. Toutefois, aucune pharmacie n'est installée au sein de l'institution, les directeurs faisant appel à deux pharmaciens de la ville pour la préparation des médicaments nécessaires aux malades de l'Hôpital. Aucune liste de remèdes n'est conservée dans les archives hospitalières, qui restent également complètement muettes sur les apothicaires, excepté leurs noms au moment de leur élection; il est vrai qu'ils sont mentionnés lors des grabeaux, mais seulement pour dire qu'ils sont «continué», sans aucune précision supplémentaire.

D'une manière plus générale, leur fonction de relais «médical» s'estompe dans la ville, si l'on en croit Louis Odier; en effet, jusque dans la deuxième partie du XVIII<sup>e</sup> siècle, les malades avaient tendance à consulter le pharmacien au même titre que le médecin. Cependant, à la fin du siècle, la science de la pharmacie s'est beaucoup développée à Genève, et «nos apothicaires devenant de bons chimistes», la cité se profile comme «un centre où de 20 lieues à la ronde on vient se pourvoir de remèdes», ce qui implique «qu'aujourd'hui les apothicaires ne voyent que peu ou point de malades»<sup>162</sup>. Par ailleurs, les infirmiers de certains hôpitaux anglais sont placés sous la direction d'un apothicaire résidant dans

<sup>160</sup> JURINE 1786, p. 290.

<sup>161</sup> PORTER, R. et PORTER, D. 1989, pp. 79 à 81.

<sup>162</sup> Musée d'histoire des sciences, Z 92, Louis Odier, «Premier mémoire sur les différentes professions médicales», lu à la Société médico-chirurgicale du mardi, le 25.1.1810.



l'institution<sup>163</sup>. Absolument rien ne transparait de ces développements dans les sources consultées, et les ténèbres qui enveloppent ce domaine m'ont incitée à renoncer à imaginer des conjectures qui ne pourraient relever que d'hypothèses fantaisistes.

### 1. *Les médecins et chirurgiens hospitaliers*

Dès sa création, l'Hôpital emploie un médecin et un chirurgien pour les malades hospitalisés comme pour ceux qui sont assistés à domicile<sup>164</sup>. Au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, le corps médical augmente avec une présence de trois médecins et trois chirurgiens, deux de chaque corporation étant destinés aux soins à domicile et l'autre au traitement des patients de l'institution. Ils ont tous une pratique privée à côté de leur tâche hospitalière, et sont tenus de faire une visite par jour, plus en cas de nécessité. Ce rythme de travail est réglementé dès le XVI<sup>e</sup> siècle et dure encore jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, comme l'atteste un projet de règlement datant de 1832<sup>165</sup>. Par conséquent, aucune évolution concernant les exigences relatives au temps consacré à l'établissement n'est perceptible.

Les chirurgiens, obligatoirement des maîtres, sont élus pour six ans, et immédiatement rééligibles, tandis que les médecins sont nommés pour un terme indéterminé, ce qui est remis en cause par un directeur de l'institution en 1774; l'assemblée fixe donc un terme de neuf ans pour les médecins, eux aussi rééligibles<sup>166</sup>. Dans la pratique, ces délais ne sont pas très significatifs puisque Pierre Fine, chirurgien «qui vient de mourir a servi 40 ans»<sup>167</sup>, tandis que Charles-Guillaume Dunant, médecin, a conservé son office près de 20 ans, jusqu'en 1808, année de sa mort. En 1817, un nouveau règlement établit une durée de deux ans pour les chirurgiens et les médecins, autorisés toutefois à poser une nouvelle fois leur candidature<sup>168</sup>. Un laps de temps déterminé, mais renouvelable, donne une certaine souplesse à la direction, qui peut réélire un praticien adéquat, tout en évinçant celui qui ne convient pas lors de la prochaine élection.

L'assistance médicale à domicile assumée par l'Hôpital n'est pas prise à la légère par les directeurs, car elle est étroitement liée aux secours médi-

<sup>163</sup> FLAJANI 1811, p. 63.

<sup>164</sup> LOUIS-COURVOISIER 1985, pp. 23-24.

<sup>165</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 196, dossier 2326.

<sup>166</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 262, 14 et 18.12.1774.

<sup>167</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 102, p. 390, 26.12.1753.

<sup>168</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 4, p. 50, 28.7.1817.

caux intra-hospitaliers<sup>169</sup>. En effet, si un médecin ou un chirurgien n'accomplit pas efficacement son travail auprès des malades de la ville, ces derniers finiront pas entrer dans l'institution. Le but des soins à domicile est donc de garder les malades le plus souvent et le plus longtemps chez eux, et de ne les faire hospitaliser que lorsque la nécessité l'impose. En conséquence, lors d'écarts à cette règle, les médecins sont aussitôt rappelés à l'ordre; c'est ainsi que Jean-Jaques Manget «se néglige beaucoup à l'égard des malades confiés à ses soins, ne les voit point exactement et se contente même souvent d'un simple rapport pour décider de leur état, qu'il donne des remèdes hasardés en diverses occasions et livre des cartes à la légère pour envoyer les malades à l'Hôpital» dans le seul but de s'en débarrasser<sup>170</sup>; 40 ans plus tard, le même reproche est adressé à Aimé Miroglio<sup>171</sup>.

En matière de présence médicale, il est difficile d'établir des comparaisons avec d'autres institutions hospitalières, car chaque hôpital est en adéquation avec la configuration politique et géographique de la ville qu'il dessert. Les hôpitaux parisiens, par exemple, diffèrent de l'institution genevoise, en raison du nombre de malades hospitalisés, qui nécessitent un encadrement médical plus important, mais aussi de la dispersion de plusieurs établissements dans la cité, alors que Genève n'en compte qu'un seul. Cette concentration renforce le pouvoir de la direction, et par là même celui de l'autorité politique, lui donnant une plus grande cohérence<sup>172</sup>. Il est de ce fait probable que, dans une telle situation, le corps médical rencontre plus de difficulté à s'imposer. Dans les grandes villes qui abritent plusieurs établissements, l'un sera réservé aux malades et emploiera plusieurs médecins et chirurgiens, tandis que l'autre, n'accueillant que très peu de malades, n'aura pas besoin d'une infrastructure très médicale. C'est ainsi qu'à Montpellier, quatre chirurgiens sont au service de l'hôpital Saint Eloi dès 1726, gardant néanmoins leur pratique privée, tandis qu'un médecin est nommé à vie dès 1761<sup>173</sup>. En Allemagne, à Bamberg, ville comparable en nombre d'habitants à Genève, un seul hôpital dessert la cité, avec une capacité d'accueil d'environ 120 malades (soit une quarantaine de plus qu'à Genève); les malades sont soignés par un médecin-chef secondé par un deuxième médecin, et un chirurgien major aidé d'un aide-chirurgien<sup>174</sup>.

<sup>169</sup> Voir le chapitre n° 1.

<sup>170</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 154, 12.10.1757.

<sup>171</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, pp. 375 et 376, 25 et 29.5.1796.

<sup>172</sup> Sur le rapport qui unit la direction au pouvoir politique, voir le chapitre n° 2.

<sup>173</sup> DULIEU 1953, pp. 100, 102, 115.

<sup>174</sup> Compte rendu d'un livre d'Albrecht F. Markus, *Von den Vortheilen der Krankenhäuser für den Staat*, 1790, dans *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, vol. 88, p. 111.

Dans l'hôtel-Dieu de Nîmes, qui contient 80 lits, un médecin se charge des malades, assisté d'un aide-chirurgien demeurant dans l'hôpital<sup>175</sup>.

La présence théorique des médecins et chirurgiens n'est qu'un petit élément d'une éventuelle médicalisation de l'institution. En effet, d'autres thérapeutes entrent en ligne de compte et jouent un rôle dans les soins administrés aux malades.

## 2. *Les subalternes et les empiriques*

Plusieurs auteurs ont déjà démontré l'importance, et même « l'âge d'or » du charlatanisme dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>176</sup>, soulignant que « la frontière entre les guérisseurs et les médecins n'a peut-être jamais été aussi floue qu'à l'époque romantique »<sup>177</sup>. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène : parmi elles, une plus grande proximité entre ces thérapeutes et leurs malades, la distance séparant ces derniers des médecins ou des chirurgiens, une même appartenance sociale. Ces guérisseurs ne s'arrêtent pas aux murs de l'Hôpital, qu'ils peuvent franchir sans obstacles. On s'interroge souvent sur la présence et l'importance des médecins et chirurgiens dans un Hôpital, en oubliant parfois les autres soignants qui « gravitent » autour des malades, de manière tout à fait autorisée.

C'est en général les pathologies, et par conséquent les malades atteints de ces pathologies, qui déterminent le thérapeute adéquat. Nous l'avons déjà vu dans le chapitre consacré au personnel soignant, la fausse rache est soignée par un maître d'école d'abord, puis par un gouverneur de la chambre des hommes malades, payés en supplément pour toutes les cures d'enfants souffrant de cette maladie. Cette pathologie échappe par conséquent complètement au corps médical proprement dit.

Dans le domaine des maladies des yeux, un oculiste du nom de Tadini<sup>178</sup> accomplit plusieurs séjours genevois, aux cours desquels il effectue des opérations, aussi bien sur des malades privés que sur ceux de l'Hôpital, et cela avec l'accord de la Faculté et de l'institution. En 1777, il est encore agréé par la Faculté<sup>179</sup>, tandis qu'en 1790, il a perdu de sa cré-

<sup>175</sup> JONES 1989, p. 69.

<sup>176</sup> FAURE 1988, pp. 81 à 89; LÉONARD 1976, t. II, pp. 607 à 622.

<sup>177</sup> LÉONARD 1976, t. II, p. 610. Voir aussi LEBRUN 1995, p. 95.

<sup>178</sup> Sur lequel voir HIRSCHBERG 1977, t. 2, p. 321.

<sup>179</sup> AEG, Santé F 1, p. 275, 7.5.1777.

dibilité, en dépit de plusieurs annonces qu'il fait paraître dans la Feuille d'Avis, usage tout à fait courant à cette époque<sup>180</sup>, telle celle-ci :

«Monsieur le chevalier Tadiny, comte Palatin, oculiste de la Cour de France, etc., déjà connu dans Genève par les opérations qu'il y a faites, et par une très longue pratique, annonce qu'il se rendra dans cette ville le 15 du courant, que sa demeure sera à l'hôtel des balances, qu'il consultera chez lui depuis 9 heures à midi, et qu'il opérera les pauvres gratuitement»<sup>181</sup>.

Ayant appris la nouvelle, un ancien lieutenant suggère à la direction de profiter de son séjour, pour faire entrer dans l'Hôpital et y guérir tous les pauvres qui prennent prétexte de leur maux d'yeux pour mendier ; les directeurs renoncent, arguant de la perte d'habileté de l'oculiste<sup>182</sup>. Tadini n'est pas un cas isolé ; au contraire, il s'inscrit dans le « mouvement de la chirurgie oculaire », domaine en plein essor en Europe<sup>183</sup>.

La « pratique oculistique » se situe « à la marge du monde médical »<sup>184</sup>, sans toutefois être considérée comme une pratique illégale, puisqu'elle est d'une part agréée par la Faculté et d'autre part admise par les Ordonnances générales pour la médecine : « Il ne sera permis à aucuns empiriques ou opérateurs estrangers de s'arrester en cette ville, traiter des malades », sauf « s'ils ont quelques talents particuliers pour faire certaines opérations dont les maistres chirurgiens ne se meslent pas ordinairement, telles que sont l'abbattement de la cataracte, la lithotomie, ou quelques autres »<sup>185</sup>. Néanmoins, comme nous l'avons vu plus haut, elle constitue un territoire intégré petit à petit, notamment par la chirurgie, ce qui se confirme en 1820 lorsqu'un autre oculiste, anonyme, demande à pratiquer un mois dans la ville. Sa requête est refusée, car la Faculté n'autorise plus aucun empirique, ni opérateur, expliquant que l'article mentionné ci-dessus devient caduc, « puisqu'il n'est aucun chirurgien membre du Collège de Genève qui ne puisse exécuter toute espèce d'opération »<sup>186</sup>. La position à l'égard de ces thérapeutes s'est donc nettement durcie en moins d'un demi-siècle. Cette présence officielle d'oculistes dans la ville n'est certainement pas une caractéristique genevoise et se retrouve ailleurs, notamment à Lyon, où de nombreux

<sup>180</sup> RAMSEY 1988, p. 135, qui donne quelques exemples similaires, qui s'articulent tous de la même manière, avec pour commencer une légitimation de sa crédibilité, une deuxième partie énumérant les remèdes et leurs talents, et une troisième mettant en évidence leurs succès : pp. 136 à 139.

<sup>181</sup> *Feuille d'Avis*, n° 44, p. 331, 2.6.1790.

<sup>182</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 370, 8.8.1790.

<sup>183</sup> RAMSEY 1988, p. 25.

<sup>184</sup> SARDET 1992, p. 39.

<sup>185</sup> *Les Sources du droit...*, vol. 4, p. 266.

<sup>186</sup> AEG, Santé F 2, p. 16, 27.11.1820.



praticiens ambulants viennent vendre leurs connaissances et leur tour de main<sup>187</sup>.

D'autres soignants surgissent des comptes de l'Hôpital, à plusieurs reprises, sans laisser aucune trace ailleurs ou presque. Il s'agit, par exemple, d'une sage-femme, régulièrement payée pour les accouchements qu'elle a effectués dans l'institution. S'il est vrai que l'on ne sait rien des sages-femmes employées par l'Hôpital, il n'en demeure pas moins que le problème de leur formation ne laisse pas indifférents les directeurs. En 1746, il est prévu d'organiser pour elles des « expériences anatomiques » sur des cadavres, au sein même de l'Hôpital<sup>188</sup>. Ce désir ne semble pas avoir été concrétisé, car en 1762, la question se pose à nouveau, suite à un constat de « l'ignorance des sages-femmes » responsable de la mort de nombreuses femmes et enfants; il est alors décidé que toutes les sages-femmes devront passer un examen dans l'Hôpital, ce qui coûterait cher, mais serait « d'intérêt pour l'humanité »<sup>189</sup>. Dès ce moment, les sources restent muettes sur ce problème, plus rien ne venant infirmer ou confirmer la réalisation de ce souhait.

Les comptes attestent encore des poseuses de sangsues, qui pratiquent elles aussi en toute légalité, sans mettre en péril le pouvoir médical, comme en témoigne la demande du docteur Colladon qui date de 1817; à cette occasion, le médecin voudrait faire accepter comme membre du personnel hospitalier la femme Cours, qui fait preuve de grandes compétences. La direction reconnaît que cette femme mérite toute sa confiance, mais ne peut pas créer un poste pour elle<sup>190</sup>. Sa fonction perpétue celle de ses prédécesseurs, impliquant qu'elles ne sont pas directement liées à l'institution, mais qu'elles travaillent sur des mandats particuliers.

Les rhabilleurs, que nous avons déjà vu dans le paragraphe consacré à la direction de l'Hôpital, posent un problème plus délicat, puisque leurs compétences sont entièrement reconnues par la direction, mais remises en question par les chirurgiens. En effet, en 1815, les directeurs affirment « que cependant l'expérience la plus certaine apprend que les maux de ce genre [les luxations] sont traité avec beaucoup moins de certitude et de succès, et moins de rapidité par Messieurs les chirurgiens que par les rhabilleurs professionnels »<sup>191</sup>. Jean-Pierre Terras, chirurgien, n'est pas de cet avis, comme il l'écrit dans le *Journal de Genève* déjà en 1789: « Si les rhabilleurs réussis-

<sup>187</sup> FAURE 1988, pp. 83-84; FAURE 1981, p. 90.

<sup>188</sup> AEG, Arch. hosp. Ad 6, Notes sur les délibérations des procureurs, 22 et 26.6.1746.

<sup>189</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 242, 10.11.1762.

<sup>190</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 4, pp. 48 et 49, 14 et 21.7.1817.

<sup>191</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 331, 8.4.1815.



sent un traitement, c'est exceptionnel et dû au hasard, car il n'ont pas été appelés depuis tout jeune à étudier en profondeur l'organisation interne des différentes parties du corps humain...». Le rhabilleur «se met à tirailler la partie malade, à la tordre, à la tourner et retourner» et de ce fait provoquer des enflures, abcès et autres gangrènes; par conséquent, Terras se fait un devoir de mettre en garde le public, afin d'éviter qu'il en soit dupe<sup>192</sup>. Cet exemple illustre bien la différence de point de vue, entre une administration qui constate l'efficacité d'une pratique qui depuis longtemps fait ses preuves, et une corporation qui se protège de plus en plus, sous prétexte d'un manque de connaissance approfondie dans le but d'écarter ses rivaux. C'est ici la question de la formation qui est finalement remise en cause, cette remise en cause annonçant que la légitimité du vrai médecin ou chirurgien sera basée sur une formation cohérente et unique, et non plus sur une pratique reconnue et sur l'expérience. Pourtant, cette dernière était encore essentielle aux yeux de Tissot, quand il regrettait en 1765 l'inefficacité des chirurgiens de villages, à propos des luxations et des fractures, affirmant dans ce domaine la supériorité des rhabilleurs «dont l'expérience leur a permis d'acquérir des connoissances qui les rendent véritablement utiles»<sup>193</sup>. Il valide ainsi les connaissances acquises par l'expérience<sup>194</sup>, tout en reconnaissant d'ailleurs le danger de ce mode d'acquisition, tandis que son collègue, une vingtaine d'années plus tard, semble s'y opposer. Il est vrai, cependant, que Tissot n'est aucunement mis en danger par la pratique des rhabilleurs, et que sa consultation quotidienne n'a rien à craindre de cette concurrence, tandis que Terras est directement concerné et remis en cause par l'exercice de ceux qu'il doit considérer comme des rivaux. Notons pour finir que les rhabilleurs ne forment pas une catégorie typiquement genevoise et se retrouvent aussi ailleurs, notamment en France<sup>195</sup>.

La dernière catégorie de soignants employés par l'institution se situe entre les «paramédicaux» et le corps médical institué, puisqu'il s'agit des *frateri*, terme qui signifie pour certains: barbiers chirurgiens des armées<sup>196</sup>. Cette définition ne semble pas correspondre aux *frateri* genevois qui, par déduction, s'apparentent aux garçons chirurgiens, sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit de chirurgiens en formation ou de

<sup>192</sup> *Journal de Genève*, n° 36, 12.9.1789.

<sup>193</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/130/3, «Plan d'instruction pour les médecins de village», texte manuscrit, 12.2.1765.

<sup>194</sup> Il s'agit bien ici de l'expérience d'une pratique quotidienne, qui n'a encore rien à voir avec l'expérimentation scientifique d'aujourd'hui, comme le souligne GÉLIS 1988, p. 243.

<sup>195</sup> Aux côtés des «bailleurs, renoueurs, remetteurs, retoubeurs, adoubeurs, toucheurs» termes que je n'ai jamais trouvés à Genève; voir LEBRUN 1995, p. 98.

<sup>196</sup> GELFAND 1980, p. 477.

simples aides-chirurgiens. Là encore, excepté les archives de comptabilité, les sources ne sont pas disertes à leur sujet, et l'on sait seulement qu'ils sont responsables des « frottages » effectués sur les vérolés. Leur présence, même muette, n'est donc pas négligeable, si l'on considère le nombre de vénériens hospitalisés.

Les quelques trop rares indications sur ces thérapeutes paramédicaux permettent tout de même d'affirmer que la prise en charge des malades ne relève pas seulement du corps médical, et que, comme dans les villes et les campagnes, les empiriques conservent toute leur importance au sein d'une institution hospitalière. D'ailleurs, comme l'affirme François Lebrun, « le fossé entre les deux médecines est donc moins profond qu'il n'y paraît. Leur clientèle interfère souvent, et surtout leurs thérapeutiques sont pratiquement les mêmes »<sup>197</sup>. En outre, il ne s'agit pas de pratiques illégales, mais au contraire, totalement acceptées et reconnues par la direction, même si le corps médical n'y adhère pas forcément, comme Terras l'a démontré vis-à-vis des rhabilleurs. Cependant, si les registres de la Faculté témoignent du mépris des médecins à l'égard des charlatans, les archives hospitalières n'en font aucune mention, ce qui s'explique en grande partie par le fait que ces archives émanent de la direction de l'établissement, et non des médecins et chirurgiens eux-mêmes. Toutefois, il ne serait pas étonnant que certaines pratiques soit considérées comme complémentaires par le corps médical, comme en témoigne la proposition de Colladon en faveur de la poseuse de sangsues.

La médecine comporte des « marges incertaines »<sup>198</sup>, qu'il serait à mes yeux erroné de vouloir définir avec un regard d'aujourd'hui. Un rhabilleur devient illégal pour le chirurgien mais non pour le directeur, l'oculiste est d'abord agréé par tous, puis doit affirmer sa crédibilité par un diplôme<sup>199</sup>, les sages-femmes doivent consolider leur formation : en résumé, les frontières sont en train de se définir, les catégories socio-professionnelles tentent peu à peu de se démarquer les unes par rapport aux autres.

### 3. *Que représente l'Hôpital aux yeux du corps médical ?*

Depuis toujours, des chirurgiens et des médecins travaillent pour l'institution hospitalière genevoise, mais il convient de s'interroger sur la manière dont ils s'investissent au sein de l'établissement.

<sup>197</sup> LEBRUN 1995, p. 102.

<sup>198</sup> FAURE 1988, p. 81.

<sup>199</sup> SARDET 1992, p. 39.

Il est inutile de chercher une réponse directe à cette question, dans la mesure où aucun praticien n'a laissé d'écrits sur ce sujet précis; il est donc nécessaire de trouver d'autres indices de réponse, notamment par le biais du regard de la direction sur le travail fourni par le corps médical; l'on constate alors que certains praticiens révèlent une certaine tiédeur dans leur fonction hospitalière, à l'instar de leurs collègues français<sup>200</sup>, ce qui démontre que leur pôle de priorité réside plutôt dans leur pratique quotidienne urbaine.

Jusque dans les années 1770, la question du recrutement des médecins constitue une difficulté pour la direction. Lorsque cette dernière cherche à remplacer Gaspard Joly, devenu conseiller, personne ne pose sa candidature pour le remplacer; les directeurs font alors appel à François-Pierre de Marignac, qui répond que s'il le faut vraiment, il acceptera ce poste, mais précise qu'il préférerait qu'une autre solution soit adoptée<sup>201</sup>. Cet exemple, qui n'est pas isolé, reflète une constatation d'ordre plus général, exprimée par Jean-Antoine Cramer, directeur et médecin, quelques années plus tôt. En effet, après 25 ans au service de la Maison, il demande à être déchargé de son emploi, en raison de sa mauvaise santé; là encore, personne ne veut le remplacer, et c'est à cette occasion qu'il exprime son irritation et sa déception, regrettant que «les Médecins qui seroient les plus capables de servir cette Maison ne veuillent pas se présenter»<sup>202</sup>. Cette difficulté s'atténue au fil des années, et dès 1780, un nombre suffisant de médecins proposent leur candidature au départ de leurs collègues. Précisons que cette pénurie ne concerne pas l'embauche des chirurgiens, qui sont plus prompts à s'engager dans l'institution.

L'absence de motivation des médecins, pourtant rémunérés par un salaire fixe<sup>203</sup>, n'est pas très aisée à expliquer. Une lettre conservée dans les archives laisse cependant penser qu'il existe un problème de conflit de pouvoir, un hiatus entre le corps médical qui essaie d'imposer sa prérogative corporatiste et les directeurs qui entendent rester seuls «maîtres à bord», même dans le domaine purement médical. En effet, en 1777, les médecins écrivent une lettre «très despectueuse», après avoir appris que des malades avaient été soignés par des charlatans, et avoir eu connaissance qu'un règlement autorisait l'envoi de certains malades auprès

<sup>200</sup> LEBRUN 1995, p. 83, qui affirme que «la majorité des médecins se désintéresse totalement de la pratique hospitalière».

<sup>201</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, pp. 221 et 222, 22 et 25.6.1768.

<sup>202</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 420 et 423, 21.3. et 4.4.1759.

<sup>203</sup> Ce qui n'était pas forcément le cas dans tous les hôpitaux, voir FAURE 1988, p. 528. En 1794, le chirurgien de la Maison reçoit 630 florins, alors que le médecin en gagne 1050, et en 1817, les deux reçoivent 1020 florins chacun: AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 259, 2.12.1794 et Ab 4, p. 50 et 51, 28.7.1817.

d'illégaux. Ils menacent de démissionner si cela s'avérait exact, soulignant qu'ils continueraient volontiers leur travail, du moment qu'ils peuvent soigner les malades sans contrevenir à leur Ordonnances, et sans courir le risque de voir les fruits de leur travail perdus par «l'ignorance et la temerité des charlatans d'une part, et d'autre part par la crédulité des malades»<sup>204</sup>. Cette lettre, même si elle est unique en son genre, exprime une réelle tension entre deux pouvoirs, l'un s'appuyant sur une longue tradition, le deuxième posant des jalons susceptibles d'affirmer petit à petit son projet et son assise au sein de l'institution.

La qualité du travail des médecins est un autre indice de leur conception du travail hospitalier et, à cet égard, leur manque d'assiduité constitue un reproche assez fréquent. En 1757, par exemple, la direction décide d'aider le chirurgien André Arlaud à «démissionner», car il est vieux, sourd, sujet au vin et travaille mal<sup>205</sup>. François-David Cabanis, lui aussi chirurgien, est loué pour son talent mais pas pour son assiduité, ne venant que pour les cas importants, s'en remettant trop souvent à son privilégié et ses garçons chirurgiens pour les soins de routine<sup>206</sup>. Jean-Jaques Manget, quant à lui, médecin des malades en ville se voit également reprocher sa négligence<sup>207</sup>. Bien sûr, d'autres praticiens, comme Daniel Guyot que nous avons vu plus haut, se consacrent plus consciencieusement à leur fonction hospitalière, mais ces quelques mentions nous révèlent que l'institution n'est pas encore un passage obligé pour l'accomplissement d'une carrière médicale, et relève plutôt encore d'un devoir philanthropique, comme c'est aussi le cas pour les médecins qui travaillent dans les infirmeries anglaises<sup>208</sup>.

#### 4. *Esquisse d'un lieu de recherche et de formation*

##### a) *Pour le corps médical*

Contrairement à d'autres hôpitaux, notamment italiens, dans lesquels chaque étudiant doit effectuer un passage avant la fin de sa formation<sup>209</sup>, l'établissement genevois ne se profile pas comme un lieu de formation pour les médecins et chirurgiens. Les malades hospitalisés ne procurent

<sup>204</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 489, 25.5.1777.

<sup>205</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, pp. 13 et 16, 30.1 et 6.2.1757.

<sup>206</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 204, 28.10.1768.

<sup>207</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 154, 12.10.1757.

<sup>208</sup> PORTER 1989, pp. 156-157.

<sup>209</sup> CAVALLO 1989, p.111; BRAU 1994, p. 425; KEEL 1985, p. 190.

pas encore, aux yeux des élites médicales et administratives, un terrain de travail et de recherches, ni pour leur nombre, ni pour les pathologies. C'est pourtant vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle que les cliniques commencent à s'organiser un peu partout en Europe. Tissot imagine son projet de clinique à Pavie en 1781<sup>210</sup>; Tenon élabore l'hospice du Collège de chirurgie de Paris dès 1764, en vue d'une formation plus « performante » des étudiants, et insiste également sur l'importance de l'établissement comme pôle de recherche<sup>211</sup>; l'Infirmierie d'Edimbourg ouvre deux salles en vue d'un enseignement clinique, sous l'égide de William Cullen, en 1778<sup>212</sup>. Le nombre et les pathologies des malades, les lésions organiques commencent à prendre de l'importance dans ce genre d'établissement, au détriment d'une médecine purement humorale et individuelle. Malgré la présence de quelques médecins et chirurgiens de grande renommée, qui, pour avoir voyagé, connaissent ces développements, l'institution genevoise n'est pas vraiment concernée par ces innovations. Le corps médical ne considère pas encore l'Hôpital genevois comme un lieu où leur « génie peut s'exercer d'une manière nouvelle »<sup>213</sup>, comme l'exprime leur contemporain John Aikin, en 1777. Il peut paraître étonnant que des praticiens tels que Louis Odier, Louis Jurine, Jean-Pierre Maunoir, pour ne citer qu'eux, dont la curiosité est attestée par de nombreuses publications, n'aient pas voulu investir l'institution genevoise, dont ils sont pourtant tous médecin ou chirurgien. Bien plus, lorsque Jurine prend la décision d'ouvrir une maternité à Genève, il réalise son projet en dehors des murs hospitaliers, au lieu de profiter d'une infrastructure déjà en place.

Deux hypothèses peuvent expliquer ce comportement passif à l'égard de l'institution. D'une part, la ville n'a pas de faculté de médecine au sens universitaire du terme, ce qui implique que le corps médical n'est pas encore rassemblé dans un projet constructif, notamment en matière d'enseignement et de formation, et que par conséquent, chacun exerce sa pratique de manière très individuelle. Excepté les sociétés médicales, rien ne réunit les praticiens genevois, si ce n'est une même appartenance professionnelle. L'absence de faculté sous-entend forcément l'absence d'étudiants, susceptibles de représenter un réel moteur de changement. A Montpellier à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, par exemple, ceux-ci réclament constamment plus d'enseignement en matière de médecine pratique dans les hôpitaux et, de ce fait, font obstacle à l'immobilisme<sup>214</sup>.

<sup>210</sup> Lausanne, BCU, Fonds Tissot, IS 3784/75.

<sup>211</sup> Voir GELFAND 1973, pp. 375 à 394.

<sup>212</sup> RISSE 1986, p. 67.

<sup>213</sup> John Aikin, cité par FOUCAULT 1994, p. 84.

<sup>214</sup> Voir JONES 1987, p. 67.



D'autre part, le pouvoir décisionnel, on l'a déjà vu, reste aux mains des administrateurs, et par conséquent, la marge de manœuvre du corps médical s'en voit considérablement restreinte. N'étant qu'employés par l'Hôpital, soumis aux grabeaux, n'ayant aucun droit d'admission, si ce n'est en cas d'urgence, et ceci jusqu'en 1840 en tous cas<sup>215</sup>, les médecins et les chirurgiens ne peuvent avoir les coudées franches pour remanier l'établissement à leur manière.

Finalement, les querelles personnelles ne sont pas non plus étrangères à cette inertie. Louis Odier ne se prive pas d'égratigner son collègue Jean-François Coindet, médecin de l'Hôpital, lorsqu'il est question de l'ouverture d'une clinique à Genève, en 1813:

«Or Coindet est aussi Médecin de l'Hôpital militaire, où il a quelques fois 2 à 300 malades à soigner par jour. Il est en même temps médecin des épidémies et du Bureau de bienfaisance, et obligé par là à de fréquents voyages dans le Département; il a enfin une pratique populaire très étendue, d'où il résulte que tout ce qu'il fait, il le fait légèrement et n'aurait sûrement pas le loisir de donner des leçons. Cependant, il l'entreprendrait volontiers, car il a l'ambition de tout accaparer».

En revanche, Odier propose de dissocier l'Hôpital de la clinique, le premier mettant à disposition une chambre de malades, sous la responsabilité d'un professeur:

«Je me chargerais volontiers d'une salle de ce genre, à l'aide de mon adjoint M. De Roches; mais je ne voudrais pas être appelé à soigner tous les malades de l'Hôpital. Et je le répète, je crois qu'il importe de ne pas détourner des fonctions de l'enseignement de vieux praticiens comme moi qui ont 30 ou 40 ans d'expérience, mais pas assez de forces pour entreprendre exclusivement le soin d'un grand Hôpital»<sup>216</sup>.

L'absence de faculté universitaire, donc de professeur, représente là encore un frein, et envenime les inimitiés individuelles, les médecins n'ayant pas une tradition hiérarchique derrière eux.

Cependant, une légère évolution est perceptible au fil du temps, notamment à partir du début du XIX<sup>e</sup> siècle; grâce à une loupe, il est vrai exagérément grossissante, on peut constater que l'établissement genevois n'est pas totalement imperméable aux modifications hospitalières effectuées ailleurs en Europe.

Dans le domaine de la formation, non pas universitaire mais encore individuelle, l'Hôpital commence à prendre une place plus importante. Le premier indice date de 1791, lorsque l'hospitalier propose d'engager un apprenti chirurgien à demeure, son stage dans l'institution pouvant

<sup>215</sup> Arch. hosp. P, liasse 196, dossier 2322.

<sup>216</sup> SIGRIST 1996, t. 4, pp. 469 à 471.

l'amener ensuite à accéder à la pratique de chirurgien de campagne<sup>217</sup>. La même année, la Faculté décide que des certificats hospitaliers peuvent remplacer des lettres d'apprentissage auprès d'un maître chirurgien, pour les aspirants à la maîtrise<sup>218</sup>. Il est vrai qu'il ne s'agit pas encore de l'Hôpital genevois, mais cela signifie tout de même que la Faculté reconnaît d'autres hôpitaux comme lieux de formation. Quelques années plus tard, Louis Fol demande à la direction un certificat attestant qu'il suit depuis quelques mois les pansements et la pratique chirurgicale de l'Hôpital<sup>219</sup>. Le même Fol est engagé à ses frais en 1807 comme aide-chirurgien, à l'essai pour six mois, au cours desquels il doit apprendre à saigner; à la fin de sa période d'essai, comme il donne entière satisfaction, il est nommé aide-chirurgien et payé pour son office<sup>220</sup>. Sa formation semble très longue, puisqu'en 1815, on apprend qu'il a changé de statut étant devenu entre temps élève en chirurgie et non plus aide-chirurgien<sup>221</sup>. Cette année, les directeurs lui offrent une gratification pour son zèle dans les pansements, que Fol refuse à l'instar de plusieurs de ses collègues, médecins ou chirurgiens<sup>222</sup>. En effet, deux ans plus tôt, Jean-Pierre Colladon avait aussi refusé toute gratification pour les quelques mois effectués au sein de l'établissement, affirmant que «relativement au service des femmes, elles lui ont été singulièrement utiles et qu'il croit avoir dû à leurs soins la vie de quelques malades»<sup>223</sup>. Il postule donc très clairement que sa pratique hospitalière a contribué au perfectionnement de sa pratique privée. Fol n'est pas le seul à avoir travaillé à l'Hôpital au cours de sa formation. Jean-Charles Coindet, futur chirurgien, y effectue aussi un stage<sup>224</sup>, de même que Brauer, Gile (?) ou encore Jean-Louis Prévost, «élève médecin»<sup>225</sup>. Par rapport à d'autres établissements, l'Hôpital accuse un grand retard en matière de formation, si l'on considère par exemple l'Hôpital de St-Eloi, à Montpellier, qui dès 1716 offre à un garçon chirurgien la possibilité d'acquérir sa maîtrise après six ans de pratique auprès des malades hospitalisés<sup>226</sup>, l'Infirmierie de Bristol, dont les apprentis et les

<sup>217</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 483, 25.9.1791.

<sup>218</sup> AEG, Santé F 1, p. 304, 8.4.1791.

<sup>219</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 102, 10.9.1805.

<sup>220</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, pp. 195 et 216, 22.12.1807 et 28.6.1808.

<sup>221</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 363, 3.10.1815.

<sup>222</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, pp. 363 et 366, 3 et 17.10.1815.

<sup>223</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 164, 3.8.1813.

<sup>224</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 345, 20.6.1815.

<sup>225</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 363, 3.10.1815.

<sup>226</sup> DULIEU 1953, pp. 123-124.

élèves (*pupils*) forment dès 1760, un groupe assez large<sup>227</sup>, ou encore les hôpitaux lyonnais qui dès le XVI<sup>e</sup> siècle admettent des jeunes hommes pour aider le chirurgien, ceux-ci devant passer un concours à cet effet dès 1730<sup>228</sup>.

Par ailleurs, plusieurs médecins ou chirurgiens demandent à la direction des attestations qui témoignent de leur travail à l'Hôpital, ou se réclament de l'institution au début de leurs publications. C'est ainsi que Jean-François Coindet signe un ouvrage avec le terme de médecin-chef de l'Hôpital, irritant de ce fait beaucoup de ses collègues, qui expriment leur courroux dans une lettre adressée à la direction<sup>229</sup>. Louis Jurine, quant à lui, bien que n'étant plus chirurgien de l'Hôpital depuis longtemps, continue à se présenter comme chirurgien consultant de l'institution, titre qu'il avait reçu lors de son départ<sup>230</sup>. Ces quelques indications révèlent que l'Hôpital n'est plus seulement, pour le corps médical, une institution philanthropique, mais devient un moyen de justification de la qualité de leur travail, aux yeux des étrangers notamment, une partie de leur crédibilité attribuée à leur travail hospitalier. Cela ne signifie pas que l'établissement genevois ait fondamentalement changé, mais plutôt que le corps médical commence à poser un autre regard sur une institution qui perd peu à peu son côté charitable pour devenir un outil de travail et de formation. Cette vision se concrétise dans le fait qu'en 1833, un projet de règlement sur l'exercice de la médecine propose qu'un des examens imposés aux médecins et aux chirurgiens s'effectue sur des malades hospitalisés. Le médecin doit faire une visite d'une heure au moins dans l'une des salles de médecine de l'Hôpital, tandis que le chirurgien doit effectuer l'examen clinique de trois malades chirurgicaux<sup>231</sup>.

L'institution ne connaît donc pas de modifications flagrantes et brutales, mais glisse lentement vers un lieu de formation de plus en plus prépondérant pour le corps médical.

#### b) Pour le développement de la science médicale

Nous l'avons vu plus haut, peu d'initiatives médicales ont été entreprises au sein de l'institution. Toutefois, certains médecins ou chirurgiens

<sup>227</sup> FISSEL 1991, p. 128.

<sup>228</sup> FAURE 1981, p. 128.

<sup>229</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 4, p. 39, 19.5.1817 et Ah 6, p. 106, 19.5.1817.

<sup>230</sup> Notamment dans son célèbre *Mémoire sur l'angine de poitrine*, publié en 1815, au début duquel il est présenté comme « Ex-chirurgien en chef de l'Hôpital général de Genève, et chirurgien consultant dudit Hôpital ».

<sup>231</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 196, dossier 2322.

giens, ont essayé d'amener ou de chercher de nouveaux traitements, à l'instar de Daniel Guyot à l'égard des maladies vénériennes. Pierre Fine, quant à lui, s'interroge à plusieurs reprises sur les causes et les effets de la gangrène hospitalière, essayant d'abord sans grand succès le quinquina, pour préférer ensuite la scarification au fer rouge, qu'il trouve beaucoup plus satisfaisante<sup>232</sup>. Jean-François Coindet essaie un nouveau médicament contre les fièvres, avec succès, et à la satisfaction de la direction qui peut ainsi faire des économies sur la consommation de quinquina<sup>233</sup>. À l'instigation des chirurgiens, des fumigations d'acide nitrique ont été installées dans les salles de malades<sup>234</sup>, afin de combattre les effets de la fièvre maligne<sup>235</sup>. Ces apports sont bien maigres et il faut avouer que les rapports écrits par les médecins et chirurgiens en 1809 se montrent assez décevants dans ce domaine. En règle générale, ils se prononcent sur le travail effectué par le personnel soignant, préconisent des mesures d'hygiène, telles l'aération et la propreté des salles, ou s'arrêtent sur des questions de régimes alimentaires. Il est vrai que les nouvelles techniques, telles l'auscultation ou la percussion, n'apparaissent que plus tard, même dans de plus grands établissements comme ceux de Lyon, qui ne se les approprient qu'à partir des années 1830<sup>236</sup>. Il est donc normal de ne pas les trouver à Genève au début du XIX<sup>e</sup> siècle. En revanche, l'établissement genevois ne semble pas non plus utiliser des traitements liés à l'électricité, qui sont pourtant déjà instaurés à Edimbourg dès la moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>237</sup>.

En 1728, on sait qu'il existe une «chambre anatomique» à Genève, instaurée pour un cours annuel pour les garçons et les apprentis chirurgiens, située dans le Petit Hôpital<sup>238</sup>. On sait aussi que cet enseignement est donné jusqu'en 1733, et disparaît ensuite, du moins des sources. En 1759,

«Monsieur le directeur Ballexerd rapporte que les chirurgiens de l'Hôpital lui ont dit qu'il y avoit une chambre du troisieme étage destinée pour la dissection des cadavres, et que l'usage a toujours esté cy-devant d'y faire transporter les corps morts dans la Maison, afin de pouvoir s'exercer sur eux et faire les observations et experiences necessaires à la chirurgie, dont le public et cette Maison sera plus

<sup>232</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 148 et 152, 15 et 29.6.1813.

<sup>233</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 319, 13.11.1810.

<sup>234</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 202, 28.12.1813.

<sup>235</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, p. 217, 21.2.1814.

<sup>236</sup> FAURE 1981, p. 187.

<sup>237</sup> RISSE 1986, p. 215.

<sup>238</sup> GAUTIER 1906, p. 645, qui donne le règlement prévu pour cette chambre. Il doit s'agir de l'annexe de l'Hôpital, qui se situe en face du grand bâtiment.

à portée de retirer de l'utilité; mais que depuis quelque temps, cet usage a été négligé, et qu'il conviendrait de le rétablir. Sur quoi opiné, on a acquiescé à la proposition de Monsieur le directeur Ballexerd; et en conséquence, il a été arrêté de faire transporter à l'avenir dans la chambre d'anatomie les corps morts dans la Maison, après qu'ils auront été visité; pourveu que ce ne soit point ceux des citoyens et bourgeois, ou des soldats, ni même des natifs ou habitants, qui auroient des parens dans cette ville»<sup>239</sup>.

Au regard de cette dernière restriction, il est difficile d'évaluer le nombre de cadavres disponibles pour la dissection; toutefois, cette citation démontre qu'il existe une tradition anatomique au sein même de l'établissement (*fig. 11*). Dès cette date, le chercheur est confronté à un silence de plus de 50 ans sur ce sujet, jusqu'en 1814, lorsqu'il apprend que des ouvertures sont effectuées sans la permission des directeurs; en 1816, la direction décide que les dissections sont interdites aux médecins et chirurgiens étrangers, qu'elles doivent être effectuées par les médecins et chirurgiens de l'Hôpital, devant un petit nombre d'assistants, mais toujours avec l'accord d'un des directeurs<sup>240</sup>. Par le «Registre des ouvertures cadavériques» conservé au Musée d'histoire des Sciences<sup>241</sup>, nous savons que des autopsies sont courantes à Genève, et il y a tout lieu de penser que certaines ont été effectuées à l'Hôpital, malgré le silence des sources. L'examen des lésions effectué au cours des autopsies illustre, aux yeux de certains auteurs<sup>242</sup>, une étape importante du progrès de la pensée médicale, et dans ce domaine, l'Hôpital genevois ne semble pas particulièrement retardataire. Bien sûr, si on le compare à l'Hôpital général de Vienne, qui ouvre une salle de dissection en 1796, dans laquelle 600 autopsies sont effectuées<sup>243</sup>, l'institution genevoise ne peut rivaliser, mais plus que le nombre, c'est le recours à la pratique qui représente un indice.

En résumé, on peut se demander si la médecine pratiquée dans l'institution genevoise s'apparente à la médecine hospitalière telle qu'elle est définie par Othmar Keel<sup>244</sup>. En d'autres termes, la question consiste à savoir s'il y a véritablement un enseignement et une recherche dans le contexte hospitalier. En effet, selon l'auteur helvético-canadien, de nombreux établissements ont développé une médecine hospitalière, qui ne

<sup>239</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 482, 23.9.1759.

<sup>240</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 3, pp. 293 et 401, 1.11.1814, et 12.3.1816.

<sup>241</sup> Conservé sous la cote Z 256.

<sup>242</sup> Notamment IMBAULT-HUART 1984, p. 594.

<sup>243</sup> KEEL 1985b, pp. 245-246.

<sup>244</sup> KEEL 1985a, pp. 183 à 204 pour la première partie de l'article, et vol. 3, n° 1, 1986, pp. 1 à 30, pour la seconde partie de l'article.





Figure 11: Une scène d'anatomie.

relève pas forcément de la présence d'une clinique, ni d'une faculté. Les hôpitaux londoniens, par exemple, sont des lieux de formation, d'observation, d'études, malgré l'absence d'une faculté, de même que plusieurs établissements français<sup>245</sup>. La lecture des archives ne nous autorise pas à penser que l'Hôpital genevois ait élaboré une véritable politique de médecine hospitalière, dans le sens où aucun véritable projet médical ne voit le jour, ni dans le domaine de la formation, ni dans celui de la recherche. En revanche, sous l'angle purement chirurgical, on constate tout de même que de plus en plus de chirurgiens en formation passent quelques mois dans l'institution, à l'instar de Louis Fol, et qu'elle est en passe de devenir un passage obligé; en ce sens, on peut dire qu'il y a transmission de connaissances non encore officialisée par un cursus obligatoire. La structure même du corps médical hospitalier genevois constitue d'ailleurs un frein pour la formation, dans la mesure où il n'y a qu'un seul médecin et qu'un seul chirurgien. En effet, dans les institutions qui font appel à plusieurs praticiens du même art, comme c'est le cas dans les hôpitaux lyonnais par exemple<sup>246</sup>, une hiérarchie peut se mettre en place, avec un

<sup>245</sup> *Ibid.*, vol. 3, p. 20, note 17.

<sup>246</sup> FAURE 1981, p. 185.

médecin ou un chirurgien expérimenté, sous la houlette duquel travaillent un ou deux autres praticiens, qui profitent de l'expérience de leur supérieur. Le domaine de la recherche, à quelques exceptions près, semble totalement absent de l'Hôpital. Une des hypothèses susceptible d'expliquer ce désert est à chercher dans le relativement petit nombre de malades hospitalisés.

### 5. *Pratique privée et pratique hospitalière*

La pratique privée du corps médical permet à chacun d'entre eux de voir beaucoup plus de malades et de maladies que leur pratique hospitalière, et il en découle que leur curiosité est plus aiguisée par leurs consultations en ville que par leurs visites hospitalières. Comment, sinon, expliquer les nombreux témoignages relatifs à la qualité de la médecine genevoise: «lorsqu'il [M. Leschevin] y [à Genève] revint, en 1810: il fut reçu par les savants de Genève avec cette amabilité qui les caractérise; il vit avec surprise les progrès des sciences et des arts dans cette ville célèbre dont les habitants semblent avoir pour but de surpasser ceux qui les ont précédés dans tout ce qu'ils entreprennent», citant des hommes «qui honorent l'esprit humain», comme Théodore Tronchin, Louis Odier, ou Pierre Butini, dans le domaine médical<sup>247</sup>. Stendahl loue également la médecine genevoise, quelques années plus tard, dans ses *Voyages en France*<sup>248</sup>. Louis Odier, Louis Jurine ou Jean-Pierre Maunoir ne sont pas les seuls à recueillir les éloges des étrangers; c'est ainsi que Jean-Pierre Terras, longtemps chirurgien de l'Hôpital, est loué dans un compte rendu de son *Traité pratique de la maladie vénérienne...* en ces termes:

«Après l'avoir lu avec attention, nous pouvons dire qu'il sort de la plume d'un homme qui a vu beaucoup et qui a bien vu. Partout on y reconnaît le praticien instruit qui, en employant habilement les ressources de son art, met de côté ce fatras de moyens dont l'inutile abondance embarrasse souvent les jeunes gens qui commencent à exercer la médecine»<sup>249</sup>.

Il est vrai que ces témoignages attestent seulement d'une bonne pratique médicale, sans vraiment insister sur le côté innovateur et progressiste de la médecine genevoise. Mais d'autres médecins sont également loués pour leurs initiatives: «Enfin un jeune médecin, plein de connaissances et de zèle, dont le nom reviendra plusieurs fois dans le compte que

<sup>247</sup> GILLET-LAUMONT 1812, pp. 187-188.

<sup>248</sup> Editions de la Pléiade, Paris, 1992, p. 451.

<sup>249</sup> *Journal de médecine, chirurgie, et pharmacie*, tome 21, 1811, pp. 138-139.

nous rendons ici de nos travaux, le citoyen Aubert, ayant conçu le projet de passer en Angleterre pour suivre les inoculations de vaccine que l'on y pratiquait »<sup>250</sup>.

Par ailleurs, la création de la *Bibliothèque britannique*, qui deviendra ensuite la *Bibliothèque universelle*<sup>251</sup>, atteste de la curiosité et de l'ouverture sur l'étranger de certains médecins genevois, curiosité développée par les études obligatoirement effectuées hors les murs. En outre, les nombreuses publications éditées notamment dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, laissent penser que les praticiens genevois ne se contentent pas de mettre en pratique leurs connaissances, mais s'interrogent également sur de nouvelles méthodes chirurgicales et médicales relatives au croup ou à l'angine de poitrine (Jurine), à la méningite (Matthey), ou encore à l'hydroencéphalie (Coindet), pour ne citer que les praticiens hospitaliers lauréats de prix étrangers<sup>252</sup>. Il est d'ailleurs très révélateur de constater que les auteurs ne mentionnent l'Hôpital qu'accessoirement dans leurs publications, affirmant juste en passant que le malade dont il est question est hospitalisé, sans y accorder de l'importance.

Finalement, l'institution ne représente pas le point névralgique du partage des connaissances des praticiens genevois, qui préfèrent les différentes sociétés médicales pour faire part de leurs expériences et de leurs récentes lectures. En effet, plusieurs de ces sociétés voient le jour à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, notamment la Société de Médecine en 1775, qui devient ensuite la Société des Médecins, et remplace officiellement la Faculté pendant le temps de l'Annexion. A la même époque, deux sociétés médico-chirurgicales prennent également forme, ainsi qu'une société chirurgicale<sup>253</sup>. Cette dernière met à la disposition de ses membres une bibliothèque et une collection de pièces anatomiques et pathologiques, en 1818, et peut-être même avant<sup>254</sup>. Chaque société réunit ses membres toutes les deux semaines pour une séance lors de laquelle un des praticiens prend la parole, soit pour transmettre à ses collègues certaines lectures qu'il a faites, soit pour parler de cas difficiles, soit encore pour rendre compte d'un traitement nouveau, déjà testé. La Société médico-chirurgicale du samedi semble l'espace dans lequel les médecins et les chirurgiens réfléchissent conjointement sur les grands problèmes médicaux. C'est en effet lors de ces réunions que Louis Odier a lu ses différentes réflexions, sous forme de mémoire, sur les professions médicales ou encore sur les

<sup>250</sup> Cité par BARBLAN 1975, p. 136, note 2.

<sup>251</sup> Sur laquelle voir BARBLAN 1975, voir chapitre n° 2.

<sup>252</sup> Voir annexe n° 2.

<sup>253</sup> Sur ces différentes sociétés, voir OLIVIER 1937, pp. 664 à 686.

<sup>254</sup> Musée d'histoire des sciences, Z 255, Procès verbaux de la Société de chirurgie, 17.1.1818.

voyages médicaux. Les praticiens y font très souvent référence à des lectures qu'ils ont faites d'auteurs étrangers, notamment anglais ou allemands, et même américains.

Ces différentes sociétés, quoique multiples, offrent une certaine cohérence au corps médical genevois du début du XIX<sup>e</sup> siècle. Elles proposent un espace de rencontre et d'émulation, bien plus que l'Hôpital qui n'est pas encore prêt à donner une place suffisante aux médecins et aux chirurgiens.

En conclusion, le corps médical genevois n'a pas encore trouvé une cohésion suffisante pour affirmer son pouvoir, notamment au sein de l'Hôpital. Il demeure encore totalement en marge de l'établissement, n'essuyant pas même l'amorce d'une « osmose entre l'Hôpital et le corps médical » constatée au cours du XIX<sup>e</sup> siècle à Lyon par Olivier Faure<sup>255</sup>. En effet, la figure du chirurgien ne parvient pas à trouver un profil aux contours nets, et à offrir ainsi une identification dans laquelle tous pourraient se reconnaître. Non seulement le concept de la barberie peine à s'estomper jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, en la personne du privilégié, mais encore les différents maîtres chirurgiens ne peuvent se réclamer entièrement d'une même appartenance professionnelle. Certains, illustrés par Etienne Meschinot dans ce travail, relèvent du chirurgien typique de l'Ancien Régime, et conçoivent leur pratique de manière tout à fait locale, basant la diffusion de leurs connaissances sur un mode individuel, tandis que d'autres, à l'instar de Daniel Guyot, tentent de se libérer de ce carcan régional, et aspirent à une diffusion plus universelle de leurs savoirs et de leurs pratiques, montrant un certain dynamisme, faisant preuve d'initiatives, même dans l'institution hospitalière. Par conséquent, deux modèles de chirurgiens cohabitent et freinent la constitution d'un corps professionnel bien délimité. Par ailleurs, même si elle est moins perceptible dans l'exercice quotidien du corps médical, une tension certaine persiste entre médecins et chirurgiens, malgré une réunion théorique des deux corps de métier au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Tant que les premiers n'accepteront pas les seconds comme leurs égaux, le pouvoir médical ne parviendra pas à s'imposer avec force, même si les uns et les autres n'épargnent pas leur peine pour faire avancer les connaissances dans leur domaine. La renommée internationale des uns, la création de la *Bibliothèque britannique*, les nombreuses publications de plusieurs praticiens dans des revues étrangères témoignent du dynamisme de la plupart d'entre eux.

<sup>255</sup> FAURE 1981, pp. 296 et suivantes.



Ce corps médical, pourtant entreprenant, reste relativement passif au sein de l'institution, bien qu'elle lui reconnaisse un rôle à jouer depuis le XVI<sup>e</sup> siècle déjà. Comme on l'a vu avec les établissements londoniens, l'absence de faculté académique de médecine ne suffit pas à expliquer cette passivité. Un relativement petit nombre de malades hospitalisés pourrait être un des facteurs d'explication, dans la mesure où il ne permet pas de mettre en pratique les nouvelles théories en vogue basées sur des calculs statistiques. La pratique quotidienne offre beaucoup plus de possibilités dans ce domaine, mais là encore, les publications des différents praticiens ne révèlent pas un intérêt particulier des médecins et chirurgiens pour cette approche numérique. L'hypothèse la plus séduisante paraît résider dans le fait que l'établissement genevois demeure encore entre les mains du pouvoir politique et administratif. Le corps médical n'est pas encore assez fort pour imposer son point de vue, et n'essaie même pas d'investir l'institution. Il s'insurge quand il est mis en danger par les charlatans, sans succès d'ailleurs, puisqu'encore à la fin de la période étudiée, les directeurs continuent à faire appel aux rhabilleurs, pourtant décriés par les chirurgiens depuis longtemps; mais il ne tente pas réellement de se libérer de la tutelle administrative. Rien n'indique qu'il désire avoir par exemple un pouvoir d'admission, qui lui permettrait ainsi d'avoir un regard sur les pathologies des malades hospitalisés, et tous les membres du corps médical acceptent que l'administration ait un pouvoir de décision en matière d'interventions chirurgicales. D'autre part, si les rapports exigés par la direction signifient une plus grande place pour eux, ils indiquent également une soumission des médecins et chirurgiens face à l'administration. Ni la période française, ni l'attraction des hôpitaux parisiens, dans lesquels plusieurs chirurgiens ont travaillé, n'ont fondamentalement changé la structure de l'institution genevoise. Il faut préciser que l'Hôpital est resté, pendant l'Annexion, propriété des Genevois, sous l'égide de la Société économique, ce qui explique que l'établissement n'ait connu presque aucune transformation.

Malgré quelques jalons bien réels d'une présence plus concrète du pouvoir médical, annonciatrice de modifications profondes réalisées dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Hôpital demeure une institution de l'Ancien Régime, assimilant tranquillement et sans heurts les mutations indispensables susceptibles de recentrer le pouvoir décisionnel du côté médical.

Jusqu'à présent, nous avons suivi le parcours du malade hospitalisé, en commençant par son entrée dans l'institution, puis en passant en revue les différents acteurs qui l'ont pris en charge. Il s'agit, pour terminer, de s'arrêter quelques instants sur les conditions de sa sortie de l'établissement, et sur les conséquences qu'elle peut engendrer.



## CHAPITRE CINQUIÈME

### SORTIR DE L'HÔPITAL

---

La sortie de l'Hôpital s'apparente à un point de rupture semblable à celui que provoque l'entrée dans l'institution. En effet, l'entrée symbolise le passage concret du malade de son quotidien bien établi dans une perspective non pas forcément sans avenir, mais dans un futur proche dont les paramètres, tant du point de vue social que de celui de sa santé, lui sont totalement inconnus. Elle constitue donc une rupture dont l'ampleur nous échappe peut-être un peu aujourd'hui, en raison des différentes prestations sociales qui nous permettent, le plus souvent, de retrouver notre quotidien tel quel, après une maladie. La sortie signifie à nouveau rompre avec un quotidien, établi récemment ou de longue date selon la durée du séjour, un quotidien plus ou moins plaisant ou rassurant suivant la nature de la perception du séjour hospitalier des uns ou des autres. La sortie implique de retrouver des repères à l'extérieur des murs de l'institution, sous forme d'un logement et d'un travail. Mais il arrive aussi que pour d'autres, le séjour se termine par la mort.

#### A. La mortalité hospitalière

##### 1. *Le poids de la mort*

«L'Hôpital ne tue pas mais il enterre»<sup>1</sup>. Affirmation lapidaire, mais néanmoins très explicite d'Abraham Joly. En effet, l'hospitalier constate, dans un rapport sur l'Hôpital en 1789, que le taux de mortalité y est très élevé, et il est vrai que l'institution genevoise «enterre» plus que bien

---

<sup>1</sup> AEG, Archives privées 128, enveloppe 70.

d'autres hôpitaux. En effet, jusqu'en 1809, son pourcentage de mortalité navigue entre 17% et plus de 19%, connaissant entre 1810 et 1819 une diminution, qu'il faudrait confirmer dans les années suivantes pour conclure à une baisse réelle et structurelle du pourcentage de mortalité.

Dans l'état actuel de la recherche, rien ne permet d'expliquer les années qui connaissent une très nette augmentation de la mortalité (1756, 1763, 1770, 1772, 1794, 1796, 1798 et 1806). On pourrait s'attendre à relever dans les sources des indices de petites épidémies; or il n'en n'est rien, si ce n'est de nombreux cas de gale (maladie qui n'est pas mortelle) en 1794 et 1796. Il est vrai que la source est très laconique en matière de diagnostics, et que l'on ne peut pas en déduire de nombreuses informations. On peut cependant se demander si l'Hôpital offre un secours réel et efficace en cas d'épidémie dans la ville.

Un regard posé sur les pourcentages annuels de la mortalité nous permet seulement de repérer quelles sont les années qui sortent de l'ordinaire, en revanche, la moyenne du pourcentage de mortalité par décennie peut révéler une tendance plus générale.

Tableau par décennie du pourcentage de mortalité.

|             |           |              |        |
|-------------|-----------|--------------|--------|
| 1750-1759   | 244 morts | 1293 malades | 18,87% |
| 1760-1769   | 343       | 1903         | 18,02% |
| 1770-1779 * | 107       | 617          | 17,34% |
| 1780-1789   | 213       | 1186         | 17,95% |
| 1790-1799   | 423       | 2173         | 19,46% |
| 1800-1809   | 483       | 2509         | 19,25% |
| 1810-1819   | 393       | 2618         | 15,01% |

\* A cause des sources qui ne contiennent que cinq ans.

Cette tendance s'apparente plus à la stagnation qu'à un mouvement quelconque puisque les chiffres oscillent entre 17 et 19%, jusqu'en 1809, pour diminuer pourtant au cours la dernière décennie étudiée.

En effet, excepté 1810, 1814 et dans une moindre mesure 1816, le pourcentage est nettement en-dessous des moyennes des décennies précédentes. Comment et surtout faut-il interpréter cette diminution, lorsque l'on sait que dans les années 1830, le docteur Lombard, médecin de

## Pourcentage de mortalité entre 1810 et 1819.

|      |        |
|------|--------|
| 1810 | 18,15% |
| 1811 | 14,85% |
| 1812 | 14,69% |
| 1813 | 12,44% |
| 1814 | 18,80% |
| 1815 | 11,85% |
| 1816 | 16,26% |
| 1817 | 14,96% |
| 1818 | 14,02% |
| 1819 | 13,49% |

l'Hôpital, constate qu'encore un malade sur six ou sur sept décède dans l'institution, ce qui nous ramène à 16%<sup>2</sup>.

Si l'on met en rapport le nombre de décès urbains avec la mortalité hospitalière, on s'aperçoit que les courbes ne suivent pas les mêmes trajectoires et donc que l'institution ne fournit pas une réponse face aux épidémies de petite vérole.

En effet, chaque fois que les décès urbains sont nettement augmentés par rapport à une moyenne sur dix ans, la petite vérole en est largement responsable<sup>3</sup>; comme le dit Théodore Tronchin, «si la petite verole n'est pas de toutes les maladies les plus fréquentes, la plus meurtrière, si elle n'est pas la plus générale..., je renonce à croire, je doute de tout»<sup>4</sup>. Or, les cas de petite vérole sont rarement hospitalisés; l'Hôpital tente d'agir sous forme de prévention face à ce fléau, proposant un espace réservé à l'inoculation<sup>5</sup>, mais reste impuissant quant à sa guérison.

De manière plus générale, nous sommes loin des 11,5% de patients décédés dans les hôpitaux lyonnais en 1866<sup>6</sup>, ou des 11,7% que connaît Nîmes à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle déjà<sup>7</sup>, des 13% de l'hôpital de Tournus au XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>8</sup>; et encore plus éloigné du pourcentage de mortalité connu

<sup>2</sup> LOMBARD 1836, p. 2.

<sup>3</sup> AEG, Santé E 1, qui donne une liste de la mortalité à Genève sur près de trois siècles, par sexe, par saison, et relevant les cas de petite vérole, liste probablement établie par Abraham Joly et vérifiée par plusieurs historiens, dont Alfred Perrenoud, qui en atteste la crédibilité, PERRENOUD 1978, p. 210.

<sup>4</sup> Genève, BPU, Ms Tronchin 204, p. 280, dans une lettre virulente contre les opposants à l'inoculation, qu'il écrit à Tissot, en date du 21.9.1759.

<sup>5</sup> Voir le chapitre n° 2.

<sup>6</sup> FAURE et DESSERTINES 1991, p. 39.

<sup>7</sup> JONES 1989, p. 62.

<sup>8</sup> AZAVERI 1984, p. 14.

dans les hôpitaux anglais en général, qui oscille autour de 5%, (4,1% pour l'Infirmierie de Bristol<sup>9</sup>), et ne dépasse jamais les 8%<sup>10</sup>. On peut donc conclure, à première vue, et à titre de comparaison, que l'Hôpital genevois est plutôt meurtrier<sup>11</sup>.

## 2. *Pourquoi un tel tribut?*

Il faut cependant nuancer quelque peu cette assertion, car, comme le dit encore Abraham Joly, «les tableaux disent beaucoup aux yeux mais rien à l'entendement»<sup>12</sup>. Sans aller aussi loin que lui, il est indispensable de relativiser les chiffres. En effet, comme l'écrit Louis Odier,

«Observons cependant 1. que pour bien juger comparativement de la mortalité, il faut avoir égard à l'exclusion qu'on donne dans plusieurs de ces hôpitaux aux fièvres malignes et contagieuses, qui doivent nécessairement augmenter la mortalité de ceux dans lesquels sont admis, les malades qui en sont atteints», ajoutant «au surplus, le peu de mortalité que présentent les registres d'un Hôpital, comparativement à d'autres, n'est point un indice sûr de sa supériorité. Car indépendamment de la nature plus ou moins dangereuse des maladies dont sont atteints les individus qu'on y admet, cette différence peut tenir au plus ou moins de répugnance que les malades ont à s'y faire transporter, au plus ou moins de facilité avec laquelle on renvoie ceux qu'on regarde comme incurables, à bien d'autres circonstances, auxquelles on n'a pas, pour l'ordinaire, suffisamment égard dans ces sortes de calculs»<sup>13</sup>.

Il est bien clair que les nombreuses institutions qui ne reçoivent que des malades curables, connaissent une mortalité moins forte; c'est le cas notamment de l'Infirmierie d'Edimbourg<sup>14</sup>, qui n'accepte que les malades curables, ou de l'Infirmierie de Shrewsbury qui refuse les malades suspects de petite vérole ou autres atteintes infectieuses, les phthisiques, les mourois, entre autres<sup>15</sup>.

D'autre part, et comme l'affirme Louis Odier, il s'agit de déterminer à quel moment les malades entrent dans l'institution, et là encore,

<sup>9</sup> FISSEL 1991, p. 108.

<sup>10</sup> RISSE 1986, p. 290. Ces chiffres confirment les données d'Alexandre Flajani: FLAJANI 1811, p. 94.

<sup>11</sup> Les hôtels-Dieu de grandes villes comme Paris ou Marseille (qui connaissent plus de 20% de mortalité) ne peuvent entrer dans la comparaison, dans la mesure où ce sont des institutions trop différentes de l'Hôpital genevois. Voir DINET-LECOMTE 1986, p. 364, et note 49.

<sup>12</sup> AEG, Archives privées 128, env. 70.

<sup>13</sup> Commentaire de Louis Odier dans FLAJANI 1811, pp. 93 et 95.

<sup>14</sup> RISSE 1986, p. 23.

<sup>15</sup> PORTER, R., 1989, p. 165.

Abraham Joly nous donne une précieuse indication, quand il affirme que seules les personnes gravement atteintes arrivent à l'Hôpital<sup>16</sup>; en effet, selon lui, les familles acceptent de s'occuper de leurs proches, tant qu'elles ont un espoir de les voir guérir; mais lorsque le cas semble désespéré, le patient est envoyé à l'Hôpital pour y mourir<sup>17</sup>. Or, l'assistance médicale à domicile, soutenue par l'institution, a probablement fortement encouragé les malades à rester chez eux le plus longtemps possible. Certains exemples sont très parlants à cet égard: Pierre Sonnet, natif, qui, souffrant depuis très longtemps d'une diarrhée, tombe devant la porte de l'Hôpital, «sans avoir la force d'aller plus loin», et meurt le lendemain<sup>18</sup>, ou encore Louis Pouzai, malade à Chêne et probablement assisté par l'Hôpital, que l'hospitalier fait chercher à son domicile, pour le faire hospitaliser<sup>19</sup>; Marguerite Delor, quant à elle, est reçue dans la chambre des malades sur l'ordre des chirurgiens Louis Jurine et Jean-Pierre Terras, qui la considèrent «en danger pressant»<sup>20</sup>. Cet usage d'arriver le plus tard possible peut expliquer en partie ce taux élevé de mortalité.

Ajoutons encore que l'âge ne constitue pas un indice susceptible d'augmenter la mortalité, dans la mesure où souvent, les personnes âgées qui entrent dans l'institution, en ressortent assez rapidement; la femme d'Edouard Chaponnière, par exemple, est reçue à 82 ans dans la chambre des malades, et quitte l'institution un mois plus tard<sup>21</sup>. Si un vieillard n'a plus de parenté pour le prendre en charge à la fin de son séjour hospitalier, il est alors placé dans une famille à la campagne, à la charge de l'Hôpital.

L'accueil de toutes les maladies, des incurables, de même que la volonté des malades de rester le plus longtemps chez eux, pour n'entrer dans l'institution qu'en cas de forte aggravation de leur affection, comptent parmi les principaux facteurs susceptibles d'expliquer un taux élevé de mortalité.

<sup>16</sup> Les médecins hospitaliers de Lyon font la même constatation, soulignant la résistance des malades à recourir à l'hôpital: voir FAURE 1982, p. 73.

<sup>17</sup> AEG, Archives privées 128, env. 70.

<sup>18</sup> AEG, Arch. hosp., Fa 12, p. 154, 7.5.1755.

<sup>19</sup> AEG, Arch. hosp., Fa 14, p. 224, 16.1.1773.

<sup>20</sup> AEG, Arch. hosp., Fa 15, p. 50, 21.12.1787.

<sup>21</sup> AEG, Arch. hosp., Fa 17, p. 15, 21.3.1810.



### 3. *Inégalité des sexes devant la mort*

Si les hommes sont plus nombreux à l'Hôpital, ils y meurent en général moins fréquemment que les femmes.

Pourcentage de la mortalité féminine et masculine.

|           | hommes | femmes |
|-----------|--------|--------|
| 1750-1759 | 46,1%  | 53,9%  |
| 1760-1769 | 39,6%  | 60,4%  |
| 1770-1779 | 44,4%  | 55,6%  |
| 1780-1789 | 51,3%  | 48,7%  |
| 1790-1799 | 48%    | 52%    |
| 1800-1809 | 52%    | 48%    |
| 1810-1819 | 47,8%  | 52,2%  |

D'une manière générale, les femmes meurent plus souvent à l'Hôpital que les hommes. D'après Abraham Joly, il en est de même dans tous les hôpitaux, car, dit-il en substance, les femmes ont plus de patience et supportent plus longtemps leurs maux avant d'aller à l'Hôpital, institution qu'elles redoutent d'ailleurs plus que les hommes. Un regard posé sur l'année 1792 aurait tendance à confirmer les affirmations de l'hospitalier, puisque 15 femmes sur les 28 qui meurent à l'Hôpital, effectuent un séjour de moins de 15 jours au sein de l'institution, huit sont qualifiées de mourantes à leur arrivée, deux de très malades, tandis que neuf hommes sur 23 meurent dans les deux premières semaines, avec trois mourants et deux « très malades ». C'est ainsi que Henriette Burnier, domestique, âgée de 20 ans, arrive mourante après l'opération d'une hernie inguinale<sup>22</sup>, peu de temps avant Jean Burnet, 47 ans, du bailliage d'Aubonne, trouvé couché sur le foin de la remise; transporté dans la chambre des hommes malades, il meurt aussitôt<sup>23</sup>. Les deux autres années étudiées de plus près ne montrent pas le même schéma, et n'attribuent d'ailleurs plus le qualificatif de mourant.

D'autre part, ces chiffres s'inscrivent également dans le contexte plus général de la mortalité genevoise, qui connaît également une surmortalité féminine, due en grande partie, selon Alfred Perrenoud<sup>24</sup>, au développement d'une activité professionnelle féminine dans la deuxième moitié

<sup>22</sup> AEG, Arch. hosp., Fa 15, 21.8.1792.

<sup>23</sup> AEG, Arch. hosp., Fa 15, 27.10.1792.

<sup>24</sup> PERRENOUD 1981, p. 102 notamment.

du XVIII<sup>e</sup> siècle, un travail souvent effectué dans des conditions très difficiles. Il faut préciser que la surmortalité féminine est relativement égale à l'Hôpital (52,9%) et en ville (52,4%). Même si les risques liés à la maternité et à la fièvre puerpérale sont évidents, il convient, selon lui, de les relativiser. Louis Odier, en son temps, faisait la même remarque, quand il constate que les femmes mariées, ou veuves, avaient une plus longue durée de vie<sup>25</sup>; il explique cet état de fait, par le fait que les femmes mariées

«ont plus d'aisance que les filles [célibataires], qu'elles sont mieux soignées par leurs maris et par leurs enfants, que le soin du ménage les occupe d'une manière plus suivie et plus favorable à la santé, et qu'enfin, elles ont un sentiment de leur dignité et de leur utilité dans le monde, qui les relève à leurs propres yeux, flatte leur amour-propre et les garantit de la mauvaise humeur et de l'égoïsme, qui ne sont que trop souvent le partage des vieillards isolés, de l'un et de l'autre sexe»<sup>26</sup>.

#### 4. *L'Hôpital face à la mort*

Les statuts de nombreux hôpitaux prévoient que les moribonds doivent être transférés dans une salle particulière et être l'objet d'une constante surveillance<sup>27</sup>. Philippe Ariès souligne l'importance de la mort publique, non seulement pour les personnages célèbres, mais aussi pour tous. Il décrit la foule qui accapare la chambre du mourant, foule composée de parents, d'amis, en dépit de la désapprobation des médecins des Lumières, qui s'irritent des conséquences néfastes et surtout contraires aux principes relatifs aux vertus de l'air<sup>28</sup>. Dans l'institution genevoise, aucune chambre, ni aucun cérémonial n'est destiné aux mourants, contrairement à Beaune par exemple où «on ouvrait grand le tryptique du Jugement dernier de Roger de la Pasture, placé derrière l'autel, afin d'inviter le mourant, par l'intermédiaire de l'image, à unir ses souffrances à celles du Rédempteur et à trouver le réconfort auprès du ressuscité»<sup>29</sup>; mais il est vrai que les images ne sont pas particulièrement prisées à Genève depuis la Réforme. Rien n'est donc prévu pour les mourants, excepté la prise en charge prévue par le pasteur-résident, dont la fonction consolatrice est destinée aux malades en général. Pour le mourant, tout dépend donc d'un

<sup>25</sup> ODIER 1813.

<sup>26</sup> ODIER 1813, p. 12.

<sup>27</sup> IMBERT 1993, p. 347.

<sup>28</sup> ARIÈS 1975, p. 183.

<sup>29</sup> IMBERT 1993, p. 348.

personnage et non d'une structure; des plaintes ont été émises au sujet de certains pasteurs, «plusieurs personnes très bien informées» affirmant «que les malades ne reçoivent plus dans cette maison les secours spirituels», notamment cette femme décédée après être restée six jours sans avoir eu de consolation du ministre, en 1804<sup>30</sup>. En effet, dans les règlements hospitaliers en général, il est imposé au prêtre de s'occuper des moribonds<sup>31</sup>, ce qui n'est pas explicitement écrit dans les règlements genevois. Dans ces derniers, les seules mentions faites aux morts ou aux mourants concernent les enterreurs, leur interdisant de se faire payer par la famille. Ce silence infirme la constatation de Michel Vovelle relativement au cérémonial de la mort, lorsqu'il affirme qu'«on ne peut plus mourir en secret»<sup>32</sup>; mais il est vrai que l'auteur mentionne dans ce chapitre le décès des «grands», ce qui n'est bien entendu pas le cas des malades hospitalisés, qui semblent mourir aussi anonymement qu'ils ont vécu. Une citation de Louis-Sébastien Mercier illustre bien cette solitude face à la mort:

«J'irai à l'hôpital, s'écrie le pauvre Parisien; mon père y est mort, j'y mourrai aussi. Et le voilà à moitié consolé. Quelle abnégation! Quelle profonde insensibilité! Cruelle charité que celle de nos hôpitaux! Fatal secours, appât trompeur et funeste! Mort cent fois plus triste et plus affreuse que celle que l'indigent recevrait sous son toit, abandonné à lui-même et à la nature!»<sup>33</sup>.

Cependant, il est impossible à l'historien de percevoir les éventuels liens d'intimité ou de solidarité entre les différents occupants de la chambre (malades ou soignants), liens alors susceptibles de remplacer une structure absente, et de parer à l'isolement des mourants.

La mort survenue, le visiteur des morts constate le décès pour éviter l'enterrement d'un vivant, et la confusion entre mort apparente et mort réelle, souci récurrent durant le XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>34</sup>. Il constitue en effet une préoccupation pour beaucoup et certaines autorités n'hésitent pas à légiférer sur cette question: en 1772, les Magistrats d'Arras rédigent un règlement visant à

«laisser dans leur lit ceux qu'elles [les gardes-malades] croiroient morts, et de les tenir couverts, à l'exception de la tête qui devra être libre: ils défendirent aux menuisiers et autres ouvriers de renfermer les corps dans les cercueils avant le terme au moins de 24 heures, et de 48 pour ceux qui seroient morts subitement»<sup>35</sup>.

<sup>30</sup> Voir le chapitre n° 2.

<sup>31</sup> IMBERT 1993, p. 353.

<sup>32</sup> VOVELLE 1974, p. 81.

<sup>33</sup> LEBRUN 1995, p. 84.

<sup>34</sup> ARIÈS 1977, pp. 106 à 108.

<sup>35</sup> SERIN 1788, p.113.

A Genève, le mort reste douze heures dans son lit, pour la même raison peut-être, mais aussi de manière à ce que ses parents puissent le voir encore une fois, comme nous l'apprend Joly; il est ensuite déposé dans une bière et transporté au deuxième étage, où l'on peut faire une dissection si le médecin le souhaite<sup>36</sup>.

La mort est donc aussi discrète que présente dans l'Hôpital genevois, ou tout au moins dans les archives qu'il nous a laissées. On sait pourtant l'importance que les pasteurs, dans leurs sermons, accordent à l'accompagnement des malades et des mourants<sup>37</sup>, importance relayée par le silence des règlements et, par conséquent par une absence de structure, et même d'emplacement géographique prévu à cet effet.

## B. Sujet d'inquiétude, de rejet ou refuge pour les vivants

Le malade doit quitter l'institution et retourner dans son univers d'individu supposé bien-portant. Or, pour certains, la sortie de l'Hôpital doit être presque aussi inquiétante que l'entrée, la précarité socio-économique étant l'un des dénominateurs communs des malades hospitalisés. En effet, plusieurs d'entre eux, comme Abraham Lugrin, demandent de rester quelques jours de plus à la fin de leur maladie, s'exposant souvent au refus de la direction qui exprime à cette occasion la difficulté qu'elle rencontre à faire sortir les bien-portants<sup>38</sup>. En revanche, elle garde Pierre Antoine Charles une semaine de plus, pour qu'il ait le temps de retrouver du travail<sup>39</sup>. Une autre solution est trouvée pour Jean Robert, journalier, guéri de ses varices, mais qui ne peut plus travailler assidûment; la direction accepte alors qu'il reste dans la Maison, à s'occuper tant qu'il pourra; il finit quand même par s'en aller, capable à nouveau de travailler<sup>40</sup>.

### 1. *Pour aller où ?*

Pour la plupart, aucune indication n'est mentionnée par les registres. Il est néanmoins certain que dès les deux dernières décennies du XVIII<sup>e</sup> siècle, il n'est plus possible de rester dans l'institution, et les durées de

<sup>36</sup> AEG, Archives de famille 128, env. 70.

<sup>37</sup> Voir chapitre n° 4.

<sup>38</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 169, 30.10.1793.

<sup>39</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 257, 26.11.1794.

<sup>40</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 292, 13 et 17.5.1795.

séjours témoignent du fait que les malades ne demeurent pas très longtemps. C'est pourquoi, le mal une fois traité, ne parlons pas de guérison puisqu'il n'en est nulle part fait mention, le malade s'en va. Suivant les conditions qu'il retrouve à l'extérieur, il est aidé par l'Hôpital, sous la forme d'une assistance si possible adéquate; c'est le cas pour André Morin, ouvrier indien, auquel on promet une assistance pendant quelques temps<sup>41</sup>, ou pour Pierre Ferrin, qui sort avec du pain et de l'argent<sup>42</sup>. Mais cela implique que l'hospitalisé a un domicile genevois, ce qui n'est pas le cas de tous, comme nous l'avons vu dans l'étude effectuée sur la provenance des hospitalisés. En effet, ils sont relativement nombreux à venir d'ailleurs, et à rencontrer par conséquent des difficultés au sortir de l'institution, ne bénéficiant pas de beaucoup d'alternatives; en effet, soit leurs employeurs les acceptent à nouveau, ce qui est probablement le cas lorsque ces derniers ont payé le séjour, soit ils sont renvoyés à leur commune d'origine, la République ne voulant pas se charger d'individus sans travail et susceptibles de retomber dans la dépendance de l'assistance, ceci d'autant plus que le règlement de l'Hôpital prévoit de n'accepter que des ressortissants genevois.

Pourtant, sous l'Ancien Régime, certains malades ne rentrent pas chez eux, ne sont pas non plus exclus de la ville, mais sont mis en pension, sans que la raison en soit explicite. C'est ainsi qu'en 1761, 11 personnes sont placées à la campagne, en 1792, 13 sont dans le même cas, alors qu'il n'y en a aucune pour 1817. Dorothée Guillermet, âgée de 16 ans et dont le père est citoyen, reste 280 jours dans l'institution, comme «malade», puis est envoyée à la campagne<sup>43</sup>, de même que Jeanne Gaetane Fregosi de La Pierre, 26 ans, servante et originaire de Coppet, qui effectue également un long séjour de 245 jours<sup>44</sup>. Toutefois la durée de l'hospitalisation n'est pas un critère absolu, puisque Charles Ami Mestral connaît la même trajectoire; natif, faiseur de ressorts, âgé de 46 ans, il effectue un séjour d'un peu moins de deux mois, étant «malade d'esprit», alors qu'il a déjà été hospitalisé deux fois pour la même raison<sup>45</sup>. Il n'est d'ailleurs pas le seul aliéné pour lequel des soins hospitaliers ne sont plus d'aucun secours, puisque, Suzanne Dorier, native, 40 ans, se trouve dans la même situation, après un séjour de près de trois mois, taxée alors d'«imbécille», et également envoyée par la suite à la cam-

<sup>41</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 107, 27.3.1793.

<sup>42</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 412, 12.1.1791.

<sup>43</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 30.3.1761.

<sup>44</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 27.6.1761.

<sup>45</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 19.1.1792.



pagne<sup>46</sup>. De même, Justine Tregony, elle aussi aliénée, souffre toujours de « convulsions très violentes, qui occupent bien du monde dans la Maison », et de ce fait, est placée à Neydens, chez Augustin Papet, anciennement maître d'école. Ces différents exemples, dont il est difficile de mesurer la fréquence, révèlent toutefois que l'institution ne se veut pas un refuge pour des maladies qui tendraient à la chronicité, et préfère trouver une solution à l'extérieur de ses murs pour les malades auxquels elle n'a plus rien à offrir. Le pasteur Horneca s'exprime dans ce sens, lorsqu'il affirme qu'en plus des aliénés placés dans l'appartement qui leur est destiné, « il y a bien des imbecilles qui occupent diverses chambres » et que l'on pourrait envoyer à la campagne<sup>47</sup>. Ce placement à la campagne est bien évidemment aussi de mise pour les enfants élevés par la Maison, accueillis le temps de leur maladie, puis renvoyés dans leurs familles d'accueil.

Il est surprenant de constater que cette forme d'assistance n'existe plus en 1817, alors que les durées de séjour ne sont pas plus longues pour autant. Aucune explication ne s'impose à ce sujet, explication qui doit pourtant exister dans la mesure où ce cas de figure n'existe pas du tout. S'il s'était agi d'une moins grande fréquence, on aurait pu mettre ce déficit sur le compte des chiffres et du manque de données, mais le fait qu'il n'y en ait aucun, signifie certainement un changement d'attitude face à ces malades chroniques ou convalescents.

## 2. *Un refuge nécessaire pour certains*

Comme on l'a vu plus haut, on meurt donc à l'Hôpital; cela doit se savoir en ville et provoquer ainsi une crainte ambiante de l'institution; en témoignent les malades qui n'entrent qu'à l'extrême fin de leur vie. Encore faudrait-il pouvoir déterminer s'il s'agit de la peur de la mort, ou de la crainte de la perte de santé, débouchant le plus souvent sur la perte de travail et donc de salaire. Il serait cependant erroné de ne retenir que la crainte de l'institution, puisque pour beaucoup elle représente aussi un refuge.

### a) *Revenir à l'Hôpital*

En effet, il n'est pas rare que des malades effectuent plusieurs séjours dans l'institution et reviennent chaque fois que la nécessité s'impose.

<sup>46</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 11.8.1792.

<sup>47</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 180, 18.4.1762.

C'est bien sûr le cas pour les malades qui ont été « élevés par la Maison », qui reviennent ou qui sont renvoyés à l'Hôpital en cas de maladie. C'est ainsi que Jeanne Marie Besson, probablement née en 1736, et baptisée à l'Hôpital<sup>48</sup>, fait une première apparition en 1759, reçue sur ordre de la direction pour être guérie d'une entorse qu'elle s'est faite à la jambe; elle ressort dix jours plus tard, pour « aller servir le sieur Gallopin », émailleur en cadran, demeurant à la grande allée sur le Temple à Saint Gervais<sup>49</sup>. Quelques mois plus tard, elle réapparaît avec cette fois une entorse au bras qu'elle soigne pendant plus d'un mois<sup>50</sup>. On ne sait pas où elle repart, mais son troisième séjour date du mois de juin 1760, qu'elle effectue cette fois pour un motif social, dans l'attente de trouver un autre maître<sup>51</sup>. Elle quitte l'institution le 17 juillet de la même année, pour revenir une semaine plus tard, avec une maladie qui dure une semaine<sup>52</sup>. Elle bénéficie alors d'un petit répit, puisqu'elle ne revient qu'après cinq mois, à nouveau malade, pour un séjour de 11 jours<sup>53</sup>. Son dernier passage date de novembre 1761, également pour cause de maladie, et dure 17 jours<sup>54</sup>, puis elle disparaît ensuite des registres. L'institution offre, pour cette femme de santé visiblement fragile et sans famille, un recours indispensable et compréhensible. Toutefois, un calcul approximatif permet de découvrir que les enfants de la Maison ne sont pas les seuls à effectuer des séjours multiples. En effet, en 1792, sur les 50 « récidivistes », seuls sept sont d'anciens enfants de l'Hôpital, tandis qu'en 1817, ces derniers sont dix sur les 50 personnes qui effectuent au moins deux séjours hospitaliers. C'est ainsi qu'Isabelle Piozet, 20 ans, dont le père est perruquier, vient à trois reprises se faire soigner à l'Hôpital, la première et la dernière fois pour la gale, le deuxième séjour en raison d'un mal vénérien<sup>55</sup>; Jean Zaccharie Calame, natif de 52 ans, monteur de boîte, effectue un premier séjour « épuisé de misère et de fatigue », et un deuxième, couvert de vermines<sup>56</sup>. Il en est de même pour Samuel Pautex, 31 ans, cordonnier et Marc Bugnon, 67 ans, coupeur de bois, qui tous deux viennent quatre fois dans l'institution, se faire soigner le temps de leurs maladies<sup>57</sup>. Tous ces

<sup>48</sup> AEG, Etat civil, St Pierre, B.M. 13.

<sup>49</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 31, 25.6.1759.

<sup>50</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 10.11.1759.

<sup>51</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 100, 9.6.1760.

<sup>52</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 108, 24.7.1760.

<sup>53</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 136, 9.1.1761.

<sup>54</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, p. 188, 6.11.1761.

<sup>55</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 14.1.1792.

<sup>56</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 28.5.1792.

<sup>57</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 17, 15.2 et 30.5.1817.

exemples témoignent d'une certaine perméabilité entre la ville et l'institution, dont les murs sont franchissables dans les deux sens, excepté pour les vénériens.

Ces séjours multiples ne sont pas une caractéristique genevoise, comme le démontrent les études écrites sur les autobiographies d'ouvriers en Allemagne. En effet, selon leurs auteurs, cela révèle que certains hospitalisés ont une conception ancienne de l'institution et ne veulent en sortir que lorsqu'ils sont capables de recommencer à travailler<sup>58</sup>, ce qui signifie qu'encre dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, la perte de santé s'apparente de très près à celle du travail. La nourriture distribuée aux malades hospitalisés représente un des facteurs majeurs d'une vision positive de l'établissement, du fait même qu'elle est plus abondante, à défaut d'être meilleure que dans bien des foyers en difficulté. C'est ainsi que Carl Fischer, qui a effectué six séjours hospitaliers, a même une fois délibérément mendié pour être arrêté et emmené à l'hôpital<sup>59</sup>. Par ailleurs, si certains louent l'humanité pratiquée par certains hôpitaux, d'autres critiquent la froideur des médecins; les expériences sont toutes uniques, et diverses, mais en règle générale les compétences sociales et médicales sont reconnues<sup>60</sup>.

*b) Payer pour entrer*

Les séjours payants ne sont pas très fréquents, mais représentent tout de même entre 7 et 20% des séjours hospitaliers. Il est vrai toutefois que dans l'immense majorité des cas, les gens qui en ont les moyens préfèrent se faire soigner à domicile, plutôt que d'entrer dans l'Hôpital qui n'a pas grand chose de plus à leur offrir. Par conséquent, parmi ces malades payants, on trouve passablement de domestiques ou d'autres employés de notables, qui, comme nous l'avons vu plus haut, choisissent de faire hospitaliser leurs valets, servantes et autres apprentis malades. Ils sont d'ailleurs tenus de payer, si le malade en question n'est pas genevois. C'est ce qui arrive à Charles Brisset, habitant, coutelier, qui promet de payer pour son apprenti, François Durroisin, originaire du bailliage d'Yverdon, les frais de transport à l'Hôpital, la pension et les médicaments<sup>61</sup>, de même qu'à Marc Turretin, qui supporte les frais de l'hospitalisation du valet de son fermier Nicolas Roy, de Tartegnin<sup>62</sup>.

<sup>58</sup> Voir notamment ELKELES 1988, p. 347.

<sup>59</sup> STOLLBERG 1993, p. 273.

<sup>60</sup> Voir notamment ELKELES 1988, pp. 353 à 357.

<sup>61</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 14.2.1761.

<sup>62</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 10.5.1761.

Il arrive également que la famille s'engage à s'acquitter de la somme qu'exige un séjour hospitalier, comme celle de Suzanne Bizot, atteinte de mélancolie, et dont le mari, habitant et horloger, verse les frais de la pension et des médicaments pour la dizaine de jours d'hospitalisation de son épouse<sup>63</sup>. C'est au contraire la femme de Jean-Pierre Teron, ferblantier de 52 ans, qui paie pour le séjour de cinq mois de son mari à l'Hôpital<sup>64</sup>, tandis que le fils de la veuve Pasteur, de 88 ans, assume les frais du séjour de deux jours de sa mère, si court en raison de la mort de la malade<sup>65</sup>. Ces quelques exemples illustrent le fait que certaines familles, même si elles en ont les moyens financiers, n'ont pas la disponibilité soit spatiale soit temporelle de s'occuper de leurs malades, et considèrent de ce fait l'Hôpital comme un recours acceptable.

Ils sont très rares, mais ils existent, ceux qui paient eux-mêmes leur hospitalisation; c'est ainsi qu'Henriette Cougnard, veuve d'un laboureur, âgée de 74 ans, entre «pour le temps pendant qu'on pourra lui être utile à sa santé», promettant de payer<sup>66</sup>, de même qu'une autre veuve de 75 ans, Andrienne Emery, dont le mari était chapelier, natif<sup>67</sup>, ou encore Jean-Antoine de La Chana, dont le séjour de 96 jours est à ses frais<sup>68</sup>; tous sont bien entendu d'origine genevoise. Jeanne Favre, servante, originaire de Goumoëns dans le bailliage de Lausanne, quant à elle, est malade d'une pleurésie pour laquelle elle aimerait recevoir des soins dans l'Hôpital; elle n'a pourtant aucuns moyens, puisqu'elle envoie tout son argent à son père, et propose donc de donner ses habits; la direction accepte à titre exceptionnel.

Il est bien clair que ces quelques exemples sont très parsemés et qu'il ne faudrait pas en déduire une attitude générale en faveur de l'Hôpital, d'autant plus que les plus fortunés, comme on l'a déjà dit, se font le plus souvent soigner chez eux. Cela étant, l'exiguïté du logement est un des motifs d'hospitalisation payante, comme c'est le cas pour Françoise Voullaire, citoyenne de 50 ans, et «depuis longtemps très dangereusement malade d'un cancer au sein», hospitalisée dans une chambre particulière<sup>69</sup>. On peut toutefois en déduire que l'Hôpital n'inspire pas de la répugnance pour tous.

<sup>63</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 13.5.1761.

<sup>64</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 17, 29.3.1817.

<sup>65</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 17, 2.7.1817.

<sup>66</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, p. 98, 15.4.1789.

<sup>67</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 8.6.1792.

<sup>68</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 23.5.1761.

<sup>69</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 106, p. 140, 29.8.1773.

### 3. *L'aversion des autres*

Certains s'opposent cependant à l'hospitalisation, soit en exprimant clairement la crainte que leur inspire l'Hôpital, soit en choisissant la fuite, ne supportant pas le séjour hospitalier.

#### a) *Le refus d'entrer*

Les témoignages relatifs au refus d'entrer dans l'institution sont évidemment très peu nombreux, non pas forcément que l'institution inspire une confiance générale, mais parce que ceux qui ne sont pas entrés ne laissent par définition pas de trace.

Néanmoins, deux mentions apparaissent sur ce sujet, qui permettent de refléter l'état d'esprit de quelques-uns face à l'Hôpital. L'une est laconique, et indique simplement qu'Abraham Joly n'a pu convaincre Enemond Cassin et sa famille, tous atteints de la gale, d'accepter une hospitalisation<sup>70</sup>, marquant ainsi une résistance face à l'institution. L'autre témoigne d'une résistance beaucoup plus explicite; elle émane de Jean-Louis Lianna, citoyen, horloger de 74 ans, qui met fin à sa vie. Celui-ci en effet, tombe malade à la suite du décès de son fils, survenu quelques mois auparavant; il sombre alors dans une léthargie, doublée d'inquiétude et de vertiges. Il devient, aux dires du maître chirurgien domicilié dans la même maison, «en quelque manière aliéné d'esprit», et anxieux car «quoique dans une fortune assez aisée, ledit Lianna ne cessait de se plaindre de ce qu'il seroit obligé d'aller à l'Hôpital». Un autre témoin ajoute que Lianna se plaignait «de sa situation qui l'obligerait d'aller à l'Hôpital»<sup>71</sup>. Le fait que Lianna ait été aliéné n'est certes pas étranger à sa perception de l'Hôpital, non pas que cette perception soit remise en cause, surtout par un historien de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, mais à cause de l'idée d'enfermement qui est liée à cette pathologie. En effet, certains médecins critiquent 50 ans plus tard l'attitude générale face à ces malades, comme Gaspard De la Rive, pour lequel, autrefois, les traitements étaient indignes, ajoutant qu'«on auroit cru voir des fous occupés à tourmenter d'autres fous»<sup>72</sup>. On ne sait pas si cette vision colle à la réalité, mais cette citation reflète l'image véhiculée par l'Hôpital parmi le corps médical, image probablement encore plus forte dans la ville. Pourtant, certains réagissent différemment, à l'instar de Suzanne Bizot,

<sup>70</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 108, p. 321 et 323, 10 et 14.3.1790.

<sup>71</sup> AEG, P.C. 1<sup>re</sup> série 9425, 10.12.1747. Ce dossier m'a été indiqué par Michel Porret.

<sup>72</sup> DE LA RIVE 1798, p. 301.



femme mélancolique déjà citée plus haut, qui, aux dires des directeurs, «s'est mise dans l'esprit qu'il n'y a point de lieu où elle pourroit être mieux qu'à l'Hôpital<sup>73</sup>».

#### b) *La fuite*

Sur les trois ans étudiés de manière plus approfondie, cinq personnes ont quitté «fugitivement» l'Hôpital, trois en 1761 et deux en 1792. C'est ainsi que Jean Mélan, 16 ans, qualifié de «malade», s'est enfui le jour même de son entrée, pour revenir trois jours plus tard, et repartir sans autorisation après six jours<sup>74</sup>; Elisabeth Richard, citoyenne et célibataire, quant à elle, quitte également subrepticement l'institution, mais après une année d'hospitalisation, pourtant dans des conditions plus favorables que beaucoup d'autres, puisqu'elle s'est offert une chambre particulière, cependant sans cheminée ni domestique<sup>75</sup>. Deux autres «fugitifs» semblent avoir mal supporté le traitement de leur mal vénérien, puisque Pierre Revaclier, horloger de 28 ans, s'en va après 63 jours<sup>76</sup>, tandis qu'Anne-Marie May, également vénérienne, reste deux ans avant de s'enfuir. Il faut ajouter que la direction menace cette dernière d'être mise aux fers pour le restant de ces jours si elle récidive, car elle en est à son troisième séjour, les deux premiers étant également liés à cette même affection; ceci explique peut-être d'autant mieux son escapade<sup>77</sup>. Il est vrai que pour les vénériens, l'hospitalisation peut signifier une contrainte difficile à supporter et pouvant induire à la fuite. Abram Durand, qui s'en va après un jour d'hospitalisation pour cause de vermine, est le dernier des «fugitifs»<sup>78</sup>.

Ces très rares informations indiquent que pour certains, la crainte n'est pas seulement liée à l'image de l'Hôpital mais qu'elle se concrétise au cours de leur hospitalisation, qui, pour une raison ou une autre, leur devient insupportable.

La dynamique reliant une structure (l'Hôpital) et un individu (le malade) échappe par définition à celui qui se penche sur les archives hospitalières, qui ne sont le reflet que d'un seul point de vue. Pour saisir

<sup>73</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 104, p. 9, 30.7.1760.

<sup>74</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 20.3.1792.

<sup>75</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 12.8.1761.

<sup>76</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 15, 26.3.1792.

<sup>77</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 5.9.1761.

<sup>78</sup> AEG, Arch. hosp. Fa 13, 6.8.1761.

l'autre face de cette relation, il faudrait considérablement élargir son corpus de sources, avec notamment un dépouillement systématique des procès-criminels, des registres du Consistoire, des archives notariales, des portefeuilles historiques, pour ne citer que le matériel indispensable à cette perception. Néanmoins, les quelques exemples cités plus haut suggèrent la multiplicité des attitudes à l'égard de l'Hôpital, et illustrent ce que pourrait apporter la micro-histoire dans ce domaine.

## CONCLUSION

---

En guise de conclusion, il m'a semblé important de faire resurgir les différentes dynamiques qui sont mises en œuvre autour de la maladie et des malades, de comprendre de quelle manière «l'équilibre des tensions»<sup>1</sup> parvient à se maintenir pour permettre la longévité de l'Hôpital.

Evaluer la présence, le poids, la place, et dans une faible mesure les comportements des personnes hospitalisées, malades ou valides, est déterminant pour saisir l'efficacité d'une institution au sein de la cité. Ce travail a fourni quelques éléments de compréhension sur cette population entre 1750 et 1820, qu'il s'agit de résumer ici. Durant cette période, malgré une diminution de la population globale de la ville, le nombre de malades hospitalisés reste stable, et augmente même légèrement, profitant peu à peu de la place laissée vacante par les soldats, pour lesquels est créé un secteur particulier. Cette augmentation est difficile à interpréter, en raison de fluctuations considérables dues à la négligence de certains scribes, qui faussent les résultats pour les décennies 1760 à 1780; mais elle est pourtant réelle si l'on considère que la population genevoise diminue au tournant du siècle. Le nombre des valides hospitalisés est quant à lui aussi stable, indice que l'Hôpital offre une réponse pour les enfants abandonnés, une contrainte pour les valides enfermés dans la Discipline. Mais il se veut aussi un outil thérapeutique face à quelques affections pathologiques bien spécifiques. L'absence d'indications sur l'état de santé du patient à sa sortie nous interdit de parler en termes d'efficacité purement médicale, mais la présence massive de patients atteints de maladies de la peau témoigne du fait qu'il est un recours plausible pour ce genre de pathologies. Au fil du temps, ses portes s'ouvrent aux blessés, avec la

<sup>1</sup> ELIAS 1974, p. XII.

volonté d'assouplir le système d'admission pour les personnes accidentées. Mais cette volonté, émise par la direction, n'est pas confirmée par les résultats chiffrés, qui n'enregistrent pas une réelle augmentation de ce que l'on appellerait aujourd'hui les urgences. Les aliénés sont aussi hospitalisés en grand nombre, pour des motifs très différents; les uns sont placés dans l'institution dans le but de soulager leur famille, les autres y entrent remplis d'espairs thérapeutiques, les derniers parce qu'ils constituent un danger, pour eux-mêmes ou pour la société. Les vénériens, qui posent un réel problème de santé publique, sont aussi le plus souvent soignés à l'Hôpital, leur séjour dans la Maison permettant d'assurer un traitement suivi jusqu'à son terme, et d'éviter ainsi que le malade ne contamine le reste de la population. En revanche, l'établissement n'est pas un atout ou un attrait pour d'autres genres de maladies, comme les différentes fièvres, la phtisie, qui commence déjà à cette époque à faire peur, ou la variole, pourtant souvent fatale. Mais la maladie à elle seule ne mène pas à l'hospitalisation, et doit être complétée par une situation socio-économique précaire, un milieu familial incapable de prendre en charge le malade à domicile, ou encore un isolement social, tel que le connaît Alexandre Pelegrin. A son sujet, le pasteur Juventin, de Chêne, écrit :

« Ce garçon, chapelier de sa profession, vit et a toujours vécu seul, il est véritablement digne de pitié parce que personne ne le soigne, il n'a ni parents, ni amis et ne reçoit de secours que de la bonne volonté ou de l'attention de ses voisins. Vous sentez, Monsieur, combien cela est insuffisant lorsqu'il faudrait des soins, des remèdes et une nourriture convenable pour lui rendre la santé qu'il a perdue »<sup>2</sup>.

La population hospitalière croît donc durant la période étudiée, ce qui signifie que l'institution offre une réponse adéquate à l'égard d'une partie de la population urbaine et rurale. Cette observation est confirmée par le fait que les directeurs refusent des admissions, et n'acceptent que ceux pour lesquels aucune autre alternative n'est envisageable, pas même les soins à domicile pourtant très bien organisés à Genève. Une faible minorité de la population hospitalière est gardée sous la contrainte, notamment parmi les valides de la Discipline, et semble-t-il, quelques vénériens qui tentent de s'échapper.

Constater l'efficacité de l'institution face à certaines catégories de personnes ne permet toutefois pas d'évaluer la force de pression dont pourraient bénéficier les hospitalisés. Si la population urbaine jouit d'un poids, bien que très minime, à travers le refus potentiel qu'elle peut opposer à la collecte générale, la population hospitalisée en revanche n'a aucun

<sup>2</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 146, dossier 1843, lettre du pasteur Juventin, de Chêne.

moyen de pression et doit s'adapter aux exigences de la direction. Le pensionnaire symbolise l'exception qui confirme cette règle. En effet, s'il a de l'argent, un pensionnaire peut exiger certaines conditions relatives à son confort, payant tous les privilèges qui lui seront accordés.

Bien que les malades ne soient pas en position de force pour exercer une pression au sein de l'établissement, la population peut, face à certains problèmes, faire preuve d'une grande résistance passive. C'est du moins ce qu'elle a démontré lorsque s'est posée la question de l'inoculation. En effet, lorsque la direction décide d'offrir aux Genevois un espace réservé à cette pratique, allant en cela dans le sens de la plupart des membres du corps médical favorables à ce procédé, la population ne montre aucun signe d'intérêt pour cette possibilité offerte par les directeurs, qui, dépités, renoncent à donner suite à cette proposition. « Transformer les comportements individuels quotidiens n'est pas chose aisée », comme l'affirme Olivier Faure<sup>3</sup>. L'absence de réponse de la population genevoise face à la question de l'inoculation démontre donc que pour qu'un projet puisse se réaliser, il ne suffit pas que les organes décisionnels mettent sur pied un plan d'action, mais il est également nécessaire que les malades potentiels y adhèrent, au moins dans une certaine mesure.

Il est difficile de percevoir les attitudes des hospitalisés à l'égard de l'institution, attitudes qui permettraient de mesurer leurs réactions face aux exigences imposées par la direction. Les quelques indications recueillies témoignent de réactions individuelles que l'on ne peut généraliser. Toutefois, la multitude de demandes, de même que les séjours répétés, semblent signifier que les quelques attitudes de rejet observées ne sont pas forcément significatives pour l'ensemble des malades et des valides. Cela ne veut pas pour autant dire que l'Hôpital comporte un grand attrait en lui-même, mais que la situation personnelle de certains est devenue insupportable.

La direction, reflet fidèle des pouvoirs urbains, politiques et religieux, est sans aucun doute toute puissante, et ne partage son autorité avec personne. Cette autorité s'appuie sur deux facteurs essentiels, qui se renforcent l'un l'autre. D'une part, tous les administrateurs sont issus des différents Conseils de la ville et de la Compagnie des pasteurs, et s'inscrivent par conséquent parfaitement dans la ligne politique de ces organes, évitant ainsi tout conflit entre autorité politique et hospitalière. D'autre part, les directeurs, bien que bénévoles, fournissent un travail considérable au sein de l'Hôpital, s'appliquant à bien connaître les habitants du

<sup>3</sup> FAURE 1996, p. 576.



quartier dont ils sont responsables. Leur action ne se résume pas à une fonction purement honorifique, mais elle se révèle très concrète, et la perception réelle de la misère de leurs concitoyens ne leur donne que plus de poids. Elle leur permet également d'exercer un contrôle social tout aussi réel, non seulement basé sur des questions idéologiques, mais en relation également avec le quotidien de chacun. Cette toute-puissance de la direction est symbolisée par le pouvoir d'admission qu'elle détient, et qu'elle conserve alors que de nombreuses autres institutions semblables l'ont déjà abandonnée au corps médical.

« L'admission des malades est un objet de la plus haute importance, et qui ne doit être confié qu'aux gens de l'art qui desservent l'Hôpital. Car il n'y a qu'eux qui puissent déterminer dans quelle salle il convient de les placer, leur donner dès les premiers momens de leur admission les secours nécessaires, et dont le retard pourroit leur être préjudiciable, distinguer enfin ceux qui sont réellement malades, de ceux qui se disent tels pour vivre aux dépens de l'Hôpital, et dont le nombre est toujours beaucoup plus grand qu'on ne l'imagineroit »<sup>4</sup>.

Si cette directive émise par Alexandre Flajani est le plus souvent suivie en Angleterre<sup>5</sup>, la direction genevoise ne remet pas en cause ses prérogatives sur ce sujet, contrairement aux gouverneurs de l'Infirmierie de Bristol qui perdent peu à peu de leur pouvoir sur leur établissement. Ils en délèguent le contrôle aux chirurgiens qui profitent de l'investir chaque jour un peu plus, en raison du plus grand rôle qu'elle joue en matière d'éducation médicale<sup>6</sup>.

À Genève, rien de tel. Bien que la présence du corps médical au sein de l'Hôpital soit attestée dès le milieu du XVI<sup>e</sup> siècle, les chirurgiens et les médecins ne jouent qu'un petit rôle institutionnel. Le manque de cohésion de ce corps professionnel, l'inertie due à plus de deux siècles d'existence de l'établissement, l'absence d'une faculté universitaire de médecine, sont autant de facteurs qui expliquent le faible investissement des praticiens. Même lorsqu'il s'agit d'initiatives purement médicales, la tutelle administrative est présente, et en est même parfois l'instigatrice, notamment en matière d'hygiène ou de santé publique. De surcroît, la direction se mêle également de l'organisation du travail des médecins et chirurgiens. En 1808 par exemple, les directeurs émettent le désir d'organiser des réunions mensuelles de tous les médecins et chirurgiens employés par la Maison pour les soins à domicile : « Cette réunion des médecins consultants

<sup>4</sup> FLAJANI 1811, p. 141.

<sup>5</sup> GRANSHAW 1989, p. 48.

<sup>6</sup> FISSEL 1991, pp. 11 et 126.

admettrait les assistés dont les maladies présenteraient des cas difficiles ou intéressants dans la pratique»<sup>7</sup>. Seul le docteur Jean-Pierre Colladon s'est présenté à cette première réunion, tandis qu'Aimé Miroglio, Jean-Jaques Deroches et Jean-Pierre Terras ne se déplacent pas, bien qu'ayant, semble-t-il, admis le principe de cette volonté. La direction exprime son regret et «elle verra avec chagrin que sa proposition n'ait aucune suite tant qu'elle ne comprendra pas les obstacles qui s'y opposent»<sup>8</sup>. Les directeurs émettent donc le désir de créer un embryon de clinique, clinique déjà bien développée ailleurs en Europe, qui fonderait l'admission du malade sur un critère médical, et non sur un critère principalement social; ils se heurtent en cela à l'indifférence du corps médical. Cette indifférence, puisqu'il ne s'agit même pas de conflit, reste difficile à expliquer. Nous n'assistons pas à une opposition entre deux pouvoirs, comme on pourrait l'imaginer, mais à un retrait des médecins et chirurgiens. Seuls le manque de cohésion entre les médecins eux-mêmes et les dissensions personnelles permettent pour l'instant d'expliquer cet étrange comportement. En effet, lorsqu'en 1813, il est à nouveau question de l'ouverture d'une clinique, Louis Odier s'insurge contre l'éventuelle nomination de Jean-François Coindet à la tête de ce projet. Ces querelles internes laissent toute la place à la direction, dont la domination est encore attestée au moins jusqu'en 1845. En effet, «la direction continuera d'introduire dans les différents services de l'Hôpital les améliorations compatibles avec les exigences des soins médicaux, en restant seule juge des mesures à prendre dans ce but»<sup>9</sup>. En 1817, ces tensions affleurent à nouveau, puisque les docteurs Peschier et Colladon se plaignent auprès de la direction du titre de médecin-chef que s'est attribué Coindet dans une récente publication; la direction leur répond qu'elle ne veut pas justifier cette dénomination, «n'ayant jamais eu l'intention d'établir aucune distinction de rang ni de subordination entre Messieurs les médecins chargés du service interne et externe de l'Hôpital»<sup>10</sup>. Est-ce une manière de diviser pour mieux régner? Pas de chef, donc pas d'autorité sujette à l'opposition, mais seulement des individus qui n'ont pas encore trouvé la force de cohésion nécessaire pour marquer leur territoire.

Cela n'est qu'une supposition, mais que l'on pourrait aussi appliquer au personnel soignant. Il n'est en effet composé que d'individus dispersés,

<sup>7</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, lettre adressée à Manget, Miroglio, Aubert, Terras du 16.2.1808, p. 44.

<sup>8</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 5, Lettre adressée à Miroglio du 28.6.1808, p. 56, à Deroches dont est tirée la citation, lettre adressée à Terras du 19.6.1808, p. 58.

<sup>9</sup> Recueil des lois du canton de Genève, 1845, p. 124-129, cité par DROUX 1993, p. 458.

<sup>10</sup> AEG, Arch. hosp. Ah 6, lettre de la direction aux deux médecins, datée du 19.5.1817.

dont certains il est vrai, sont responsables d'une chambre, mais dont aucun n'est chargé de superviser un service. Les gouverneurs et gouvernantes sont tenus de veiller à la propreté de la chambre, à la distribution des repas, à un souci d'économie en matière de chauffage. A quelques exceptions près, ils n'ont aucune fonction spécifiquement médicale, ni pour les pansements, ni pour la préparation des médicaments, comme c'est le cas dans d'autres institutions, principalement axées sur les soins médicaux. L'absence de la spécificité du travail a pour conséquence l'absence de nécessité de formation. Cela permet aux employés de la Maison de changer très facilement de secteur, passant par exemple sans difficulté du service de la lingerie à celui de la chambre des femmes malades. Le recrutement s'opère alors aussi bien à l'intérieur de l'Hôpital qu'à l'extérieur. Néanmoins, il existe une petite différence pour le service des malades, car l'on retrouve plusieurs fois l'engagement d'un ancien malade, qui lors de sa convalescence, a fait preuve de qualités de propreté ou de douceur envers les autres patients. L'expérience de la maladie est un critère implicite de recrutement. Les conditions de travail imposées au personnel soignant sont extrêmement pénibles; une présence de tout instant est requise, jour et nuit puisque le lit des employés se trouve dans les chambres mêmes des malades. Cette exigence en a dégoûté plus d'un, et plusieurs quittent l'institution après quelques mois seulement. Là encore, l'administration est toute puissante, et ne peut rencontrer aucune opposition d'individus qui ont besoin de ce travail pour vivre, et qui doivent accepter de se plier aux règlements. Si l'on parle en terme de pouvoir, le personnel soignant ne jouit d'aucune force de résistance, contrairement à celui d'autres institutions, comme à Montpellier, où les sœurs hospitalières s'allient à la direction pour contrecarrer l'essor de la médecine clinique<sup>11</sup>. Par ailleurs, l'échec de l'introduction d'une clinique dans l'Hôpital contribue à entraver la constitution d'une identité professionnelle du personnel soignant. En effet, la présence d'une médecine clinique induirait une plus grande spécificité du travail infirmier, qui exigerait une formation *ad hoc* et un recrutement ciblé, et conférerait de l'importance à ce personnel à l'intérieur de ce projet.

Les relations entre corps médical et personnel soignant sont quasiment inexistantes au début de la période qui nous intéresse. La hiérarchie d'aujourd'hui n'est pas encore mise en place, puisque les médecins et chirurgiens n'ont pas investi l'institution hospitalière. Pourtant, quelques indices laissent supposer que cette hiérarchie tend à s'organiser au tour-

<sup>11</sup> FISSEL 1991, p. 14.

nant du siècle, notamment par l'intervention de plus en plus fréquente du corps médical dans le recrutement de certains infirmiers. En 1797, les médecins et chirurgiens sont appelés à donner leur avis sur l'engagement d'un gouverneur de la chambre des hommes malades<sup>12</sup>. En 1801, le médecin exprime un avis favorable sur un infirmier à l'essai<sup>13</sup>. Et en 1809, les directeurs invitent le corps médical à établir des rapports annuels sur les aptitudes des infirmiers et infirmières en place<sup>14</sup>. Une structure d'évaluation s'impose, qui permet au corps médical de jouer un rôle grandissant, au détriment du personnel soignant toujours aussi hétéroclite. Tant que leur travail ne sera pas spécifique, que les soignants n'auront pas une identité professionnelle que commencent à avoir les médecins et chirurgiens, ils n'auront aucune chance de rivaliser avec le corps médical.

Il existe potentiellement quatre pôles de tensions dans une institution telle que l'Hôpital genevois, qu'il est important d'identifier: pour Genève, il s'agit de la population hospitalisée, de la direction, du personnel soignant et du corps médical. La concentration du pouvoir, en matière de santé et de contrôle social, est tout à fait nette et les décisions demeurent entièrement aux mains de l'administration et donc de la classe politique, secondée par la Compagnie des pasteurs. Et cela explique probablement en partie la longévité de ce qu'on appellerait aujourd'hui un système de santé, incarné autrefois par l'Hôpital. L'argent et le pouvoir décisionnel ne se partagent pas, les repères sont clairs pour tout le monde, avec toutes les contraintes que cela implique, et tous les dérapages qui sous-tendent ce monopole. Aujourd'hui, le pouvoir est dilué entre les mains du corps médical, (lequel doit parfois le partager aussi avec les praticiens des médecines dites alternatives), des pharmaciens, des différents systèmes d'assurances, des instances politiques. Cette dispersion du pouvoir offre au malade potentiel plusieurs alternatives et divers systèmes de références, mais peut également le plonger dans un certain désarroi suivant le problème auquel il est confronté.

On vient de le voir, la direction, et avec elle, le pouvoir politique, bénéficient d'une entière marge de manœuvre. Mais si l'on affine notre regard, et qu'on le focalise sur les individus, on constate qu'au-delà de cette toute-puissance, il existe une certaine souplesse, et une plus grande communication entre individus. La présence de l'hospitalier est à cet égard très

<sup>12</sup> AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 449, 27.9.1797.

<sup>13</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 1, p. 163, 2.1.1801.

<sup>14</sup> AEG, Arch. hosp. Ab 2, p. 263, 25.4.1809.

parlante, car il constitue la personnalisation de ce pouvoir, son relais de transmission. Dans la même optique, mais dans une plus faible mesure et parfois avec moins de succès, le pasteur-résident joue aussi les intermédiaires indispensables entre administrateurs et occupants de l'Hôpital. En effet, excepté le moment de l'admission, le malade n'entre plus en contact avec les directeurs, qui sont alors relayés par l'hospitalier et le pasteur. La présence de ces deux personnages est déterminante pour le malade et sa perception du séjour hospitalier. Sur leurs épaules repose la manière dont ils vont exercer l'autorité qu'ils relaient. Une appropriation inadéquate de cette autorité engendrera aussitôt un sentiment de rejet de l'institution, comme c'est le cas pour ceux qui la quittent «furtivement». En revanche, une autorité bien intégrée peut mener à la confiance et à l'acceptation du séjour hospitalier. Les qualités «d'humanité» dont sont souvent affublés les différents hospitaliers qui se sont succédés à l'Hôpital permettent de penser que le relais de transmission a été bien compris, du moins aux yeux de la direction. Mais pour en être sûr il faudrait connaître l'avis des malades.

Par ailleurs, malgré l'effacement du corps médical, quelques indices révèlent que l'avis de l'un ou l'autre de ses membres est pris en considération à propos de certains malades; en témoignent les deux lettres suivantes:

«A Monsieur Masbou,

Le soussigné a l'honneur d'informer Monsieur le conseiller Masbou que la femme Bandillon, après avoir donné des preuves évidentes d'insanité, fut il y a deux ans transportée à la Maison des aliénés; qu'au bout de deux mois, paraissant guérie, elle fut rendue à son mari et à la liberté; que dès lors elle n'a cessé d'être dans un état de démence qui inquiète et effraye son mari, ses voisins et le quartier tout entier. Dans un tel désordre d'esprit, il est urgent que la femme Bandillon soit transportée à la Maison des aliénés le plus tôt possible. Signé Peschier, docteur en médecine, le 2 mars 1820».

«A Monsieur Masbou, président de l'Hôpital,

Malgré cette attestation bien formelle, je vous avoue que je me fais un cas de conscience de faire enfermer dans la Discipline une femme qui a toujours joui de sa liberté sans trop d'encombremens pour ceux à qui elle est à charge. Cependant, comme elle fait courir par sa négligence le danger de mettre le feu au quartier qu'elle habite, je me détermine à la faire enfermer, à la demande de ses parens. Signé Calandrini, syndic de la garde»<sup>15</sup>.

Sans vouloir brosser le tableau d'une réalité plus belle qu'elle ne l'est, ni tirer des conclusions hâtives à partir de témoignages pour le

<sup>15</sup> AEG, Arch. hosp. P, liasse 214, dossier 2483.



moins clairsemés, ces deux lettres permettent de nuancer quelque peu notre regard sur le déséquilibre des pouvoirs en question. Et à cet effet, il est nécessaire de remettre le malade au cœur du problème. Il s'agit ici d'une femme aliénée, ou plutôt considérée comme telle par un médecin qui rédige une attestation dans ce sens à l'égard du président de l'Hôpital. Ce dernier, pour pouvoir faire enfermer cette malade, doit en faire la demande à l'autorité politique, en la personne du syndic. Celui-ci, malgré ses réticences, se base sur l'avis du médecin pour prendre sa décision. Bien sûr, cet exemple reste isolé, mais il laisse tout de même supposer qu'il existe une circulation d'informations entre les différents protagonistes au-delà de leur appartenance à un pouvoir différent.

Une constatation semblable peut également être observée pour le personnel soignant. En effet, ce dernier, par son absence totale de cohésion, est lui aussi entièrement placé sous la coupe de la direction. Mais paradoxalement, ce manque de cohésion permet à certains individus de sortir du lot, et d'obtenir un certain nombre de passe-droits, et ils ne se privent pas d'enfreindre le règlement à diverses reprises. C'est ainsi qu'Abraham Haas a obtenu l'autorisation de se marier, imposant petit à petit à la direction la présence de ses enfants dans l'institution, alors que le célibat est de rigueur. Bien qu'Haas représente un cas isolé, il n'est pas le seul à avoir transgressé le règlement.

Le chercheur reste sur sa faim lorsqu'il s'interroge sur la relation médecin-malade, en raison du manque d'informations. En effet, au regard des sources, il est impossible d'en arriver aux mêmes conclusions que Mary Fissel, qui peut, dans son étude sur l'Infirmier de Bristol, témoigner de la véracité des thèses énoncées par le sociologue Jewson, en établissant que l'histoire du patient perd de son importance et ne comporte plus de signification morale<sup>16</sup>. Selon elle, la médecine hospitalière dérobe à la maladie sa signification, se basant essentiellement sur la dissection pour la comprendre, et en évaluant les malades par leurs pouls, ou leur température<sup>17</sup>. Cette « technicisation » contribue à creuser un fossé entre malade et praticien, et aboutit à un changement fondamental de la relation médecin-malade qu'elle peut situer vers 1800<sup>18</sup>. Elle ajoute, à juste titre, que le patient de la ville est vu autrement que celui de l'Hôpital<sup>19</sup>. Cette dernière constatation est probablement encore applicable à la médecine

<sup>16</sup> FISSEL 1991, pp. 10 et 11.

<sup>17</sup> FISSEL, pp. 148-149.

<sup>18</sup> FISSEL, pp. 169-170.

<sup>19</sup> FISSEL, p. 151.

d'aujourd'hui. En effet, nombreux sont les médecins, internistes ou généralistes, affirmant que leur profession change un peu de caractère lorsqu'ils quittent les grands centres universitaires actuels pour s'établir dans la pratique privée. Lors de ce passage, ils observent que l'approche du malade ne peut plus se réduire au seul regard médical, mais doit aussi tenir largement compte de l'entourage psycho-social de leurs patients. Toutefois, je ne suis pas sûre que cette observation soit pertinente pour l'Hôpital genevois du XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine hospitalière n'étant pas encore suffisamment développée pour changer de manière déterminante l'optique médicale. Néanmoins, le regard du praticien sur ses malades de la ville est certainement différent de celui qu'il porte sur les patients hospitalisés, non pas pour un motif médical, mais pour une question sociale. En effet, le malade de l'Hôpital est pauvre, et ne paie donc pas pour les soins reçus, tandis que celui de la ville choisit son médecin<sup>20</sup>, lui verse des honoraires, ce qui change forcément la nature de cette relation.

Il est impossible, et pourtant ce serait crucial, de pouvoir appréhender la nature des relations entre le personnel soignant et les malades. A ma connaissance, absolument aucun témoignage n'est parvenu à la postérité sur ce sujet. Et pourtant, plus encore que celle de l'hospitalier et du pasteur-résident, la présence des gouverneurs et gouvernantes, des domestiques, doit avoir de l'importance aux yeux du malade. Le chercheur en est donc réduit à émettre des hypothèses à partir de certaines données. Plusieurs facteurs contribuent au rapprochement du patient et de l'infirmier ou de l'infirmière. En premier lieu, la laïcité du personnel soignant, qui évite probablement un trop grand fossé entre les protagonistes, tous soumis aux exigences de moralité et aux devoirs religieux imposés à l'intérieur de l'institution. Deuxièmement, une situation socio-économique difficile étant à l'origine de l'engagement de la plupart des soignants implique une appartenance sociale proche de celle des malades, pauvres dans leur grande majorité. Troisièmement, un recrutement en partie opéré auprès de convalescents ayant vécu leur maladie dans l'établissement signifie que certains partagent la même expérience de la souffrance et de la maladie. Toutefois, un salaire dérisoire, des conditions de travail très exigeantes peuvent aussi laisser supposer que le patient joue le rôle de souffre-douleur, ou encore que seuls les malades propriétaires de quelques biens permettant de rémunérer certains services bénéficient de plus de mansuétude. Mais il ne s'agit là que de projections, invérifiables dans l'état actuel de la recherche.

<sup>20</sup> C'est du moins ce que démontre Catherine Pellissier pour l'élite lyonnaise du XIX<sup>e</sup> siècle, dans PELLISSIER 1996, pp. 657-658.

Le malade constitue le point de rencontre d'une multitude de paramètres plus ou moins difficiles à évaluer, et pourtant importants à situer. La présence de la religion, le poids du politique, l'attitude de la famille, l'adhésion aux connaissances scientifiques et la confiance vouée ou non au corps médical, la complicité avec les thérapeutes qui ne sont ni chirurgiens ni médecins, le rôle joué par le pharmacien ou par le pasteur de la campagne, sont autant de critères à retenir, à peser, si l'on veut discerner, même de loin, la perception de la maladie. Un travail sur une institution hospitalière ne permet pas une compréhension globale du phénomène de la maladie et de son implication sur un individu. Dans ce travail la famille, par exemple, s'illustre par son absence, de même que le pharmacien. Cette recherche a seulement permis de broser une toile de fond, de dessiner à grands traits les structures mises en place pour faire face à la maladie de certains, de dresser le portrait des différents acteurs en jeu. Tout l'intérêt serait, maintenant que cette structure est mise en place, de concentrer son attention sur la parole du malade lui-même.

Pour conclure, et dans l'objectif de réaffirmer ce qui a été dit dans l'introduction à propos de la citation et de l'anecdote, j'ai choisi de laisser la plume non pas à un malade, mais à un médecin qui s'adresse à la direction de l'Hôpital, résumant avec autant de simplicité que de clarté la situation d'une femme qu'il voudrait hospitaliser. Cette lettre, seul vestige conservé émanant de la main d'un membre du corps médical hospitalier, me permet de réintroduire l'individu, et même plusieurs individus, au terme de cette recherche.

« Monsieur,

L'état de la femme Cartier est une légère aliénation d'esprit occasionnée par les circonstances facheuses où elle se trouve: elle aurait pu se guérir par quelques remèdes, et déjà j'avais réussi à lui faire quelque bien; mais elle n'a pas pu continuer les remèdes à raison de sa pauvreté, et lors même qu'on les lui aurait procurer, elle n'était pas disposée à les prendre disant qu'elle était assez bien.

Actuellement qu'elle a sevré un enfant qu'elle nourrissait, et qu'elle souffre d'une diarrhée assez forte, on pourrait sous ces prétextes lui administrer quelques secours appropriés à l'état de sa tête. Ce n'est pas cependant chez elle qu'elle pourra les recevoir avec fruits. Ses enfants aînés ne lui laissent aucun repos tant ils sont mal élevés, son mari a assez à faire à procurer à sa famille le nécessaire pour vivre et à travailler quelque peu, il lui est impossible de donner à sa femme les attentions et les soins qu'elle exige. Son appartement n'est qu'un petit cabinet où ils sont les uns sur les autres. La maladie de la femme empêche le mari de travailler beaucoup, et cela fait qu'à l'exception du strict nécessaire pour ne pas mourir de faim, il n'y a rien dans ce ménage.

Quand un homme sera soulagé de sa femme, il pourra mieux s'occuper et elle-même se rétablira plus facilement et pourra ensuite mieux seconder ses efforts. En un mot, maladie, misère, manque absolu de ressources dans les talents et le caractère sont ce qu'on trouve dans cette maison.

J'ai l'honneur d'être avec respect, Monsieur,  
Sylvestre, docteur en médecine

Si elle n'avait pas besoin de remèdes, la campagne pourrait lui être utile, mais on peut la rétablir assez promptement et la rendre plus vite à sa famille »<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> AEG, Arch. hosp. P. liasse 146, dossier 1842, lettre du Dr Sylvestre datée du 26.11.1793.

## ANNEXE 1

---

Extrait d'un dialogue entre un Jésuite et un gouverneur chinois, tiré de *La Cacomonade, histoire politique et morale*, traduite de l'allemand du Docteur Pangloss, par le Docteur lui-même, depuis son retour de Constantinople, Cologne, 1767, concernant les maladies vénériennes.

**«Le Baron :** Cela est bientôt dit ; mais croyez-vous le choix si aisé ? De toutes les méthodes que je connais, il n'y en a pas une qui ne soit appuyée et combattue par de grands noms, par de forts exemples et par de beaux raisonnemens.

**Le Mandarin :** Les noms et les raisonnemens ne sont rien. Il ne faut s'arrêter qu'aux exemples.

**Le Baron :** Oui, à la Chine, mais il y a des Pays où l'on pense tout autrement. Pour peu qu'une chose puisse paraître utile, on commence d'abord par demander de qui elle vient. On argumente ensuite pour prouver qu'elle est mauvaise ; et si enfin on avoue qu'elle est bonne, c'est toujours le plus tard qu'on peut. Présentement, de quelle façon voulez-vous être traité ? Est-ce par les frictions ?

**Le Mandarin :** Qu'entendez-vous par-là ?

**Le Baron :** Je prendrai un peu de cet onguent qu'on appelle du *Neapolitanum*. Il est composé de graisse et de mercure. Je vous en frotterai tous les jours une certaine portion du corps. Au bout de quarante jours, vous vous trouverez couvert d'une croute huileuse, depuis le talon jusqu'à la clavicule, et depuis les omoplates jusqu'au bout des ongles. Vous serez gras, puant, insupportable à vous-même.

**Le Mandarin :** Mais guérirai-je enfin ?

**Le Baron :** Il y a lieu de s'en flatter.

**Le Mandarin :** N'y aura-t-il pas d'inconvéniens à craindre ?



**Le Baron:** Pardonnez-moi. Votre tête s'enflera prodigieusement. Vos dents s'ébranleront et tomberont peut-être. Vous aurez les gencives et la gorge ulcérées. Vous rendrez une quantité de salive effrayante. Vous pourrez en perdre ou un œil, ou un bras, ou une jambe, ou la lnette, comme le défunt Roi de glorieuse mémoire, F..., P..., et beaucoup d'autres qui, avec moins de réputation, n'ont pas eu plus de bonheur.

**Le Mandarin:** Mon Pere, je ne veux point de frictions.

**Le Baron:** On pourrait les modérer, en vous les administrant par extinction. Il faudrait toujours vous frotter, mais avec plus de ménagement. Je vous ferais prendre du lait quelquefois, pour suspendre l'effet du mercure, s'il est trop fort. Vous cracherez moins, vous enflerez moins, vous puerez moins. Cela est plus commode.

**Le Mandarin:** Y aura-t-il quelque péril?

**Le Baron:** Le plus grand sera de ne pas guérir.

**Le Mandarin:** Oh! Oh!

**Le Baron:** Sans contredit. Le remède étant plus doux, sera aussi moins actif. Les molécules bienfaisantes ne pourront pas aller chercher aussi avant les parties imprégnées du venin. Pour peu que celui-ci soit abondant, il est restera assez pour vous rendre bientôt beaucoup plus mal que vous n'êtes. Dans cinq ou six ans, *après quelque intervalle lucide*, vous vous trouverez de nouveau *constitué malade*, comme dit quelque part un très-habile Professeur d'Eloquence en l'Université de Paris.

**Le Mandarin:** Cela est désolant. Ah! mon ami; qui l'aurait dit, en voyant un si petit pied!

**Le Baron:** N'en dites pas de mal: ce n'est pas lui qui vous a blessé. Au reste, ne vous désespérez pas: vous pourriez essayer de la fumigation.

**Le Mandarin:** Comment s'y prend-on?

**Le Baron:** On vous mettrait debout et tout nud dans une boîte de sapin bien close, dont vous ne sortiriez que la tête. Par en bas, on vous passerait sous les fesses un réchaud allumé avec du mercure sur les charbons. Ce fluide volatilisé par le feu, retenu autour de vous par la machine, et par un grand manteau dont elle serait couverte, pénétrerait peu à peu dans les pores, vous sueriez beaucoup, et peut-être à la fin vous vous trouveriez guéri. Il y a des gens qui ont eu lieu de se louer de cette méthode.

**Le Mandarin:** Elle n'est pas de mon goût. En vérité, voilà qui est étrange. Vous êtes si habile, et tous vos secrets se réduisent à faire enfler la tête, ou à ne procurer qu'une guérison incertaine, ou à mettre un réchaud sous le cul.

**Le Baron:** Attendez, je ne suis pas au bout. On pourrait vous traiter avec les panacées, avec plusieurs sortes d'œthiops minéral. On pourrait vous donner une solution de mercure par défaillance, ou des teintures

d'or et d'argent. Je n'ai pas de tout cela: mais notre Frere Apothicaire vous en fera, si vous voulez.

**Le Mandarin:** Eh, morbleu, laissez-là ce qu'on pourrait faire, et dites-moi ce qu'il faut que je fasse.

**Le Baron:** Voulez-vous m'en croire? Vous voyez cette petite boîte rouge: à votre place, je m'en tiendrais-là.

**Le Mandarin:** Elle contient un grand nombre de boules grises. Comment les appelez-vous?

**Le Baron:** On les nomme en Europe, *Dragées de Keiser*. M. Keiser est un Praticien Allemand et mon compatriote, qui a imaginé une composition toute nouvelle contre la maladie dont vous vous plaignez. Si vous m'en croyez, vous ferez usage de sa recette. Je vous gouvernerai, vous guérirez certainement.

**Le Mandarin:** En êtes-vous bien sûr?

**Le Baron:** Si sûr que ce n'est qu'après votre guérison que je veux les cent livres de thé.

**Le Mandarin:** Je compte sur votre parole. Je m'en tiendrai aux boîtes rouges. Allons, je vais commencer sur le champ à me traiter. Vous devez tout attendre de ma reconnaissance.

## ANNEXE 2

---

### Quelques indices biographiques sur les médecins de l'Hôpital<sup>1</sup>

– Antonin Aubert

Diplômé de l'université de Göttingen, il passe son agrégation en 1801 et devient médecin de l'Hôpital en 1807, puis médecin des aliénés en 1808<sup>2</sup>.

– Jean-Antoine Butini: 1723-1810

Il termine ses études à Montpellier en 1747 et est agrégé en 1757. Membre du Conseil des CC en 1758, doyen de la Faculté en 1788, il devient médecin de l'Hôpital en 1759. Il garde cette fonction jusqu'en 1766, date à laquelle il quitte l'institution en raison d'un surcroît de travail; il accepte toutefois de continuer à assister aux consultations, si cela s'avère nécessaire<sup>3</sup>.

– Pierre Butini: 1759-1838

Docteur à Montpellier en 1783, il passe brillamment son agrégation la même année, lors de laquelle il a «supérieurement répondu» et dont la dissertation a été «fort applaudie»; il devient médecin de l'Hôpital en 1785. Il est selon Gautier l'un des genevois dont la célébrité est reconnue au-delà des frontières de la République. En 1786, il est envoyé avec Dunant à Satigny pour lutter contre l'épidémie de fièvre putride<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Ces éléments biographiques n'ont aucune prétention d'exhaustivité et ne sont qu'une mise en forme de notes prises en cours de recherche.

<sup>2</sup> AEG, Santé F 1, p. 326, 15.5.1801.

<sup>3</sup> GAUTIER 1906, p. 436, AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 511 et 519, 27.12.1759 et 16.1.1760, Aa 105, p. 61, 20.4.1766.

<sup>4</sup> GAUTIER 1906, pp. 344, 372 et 437, AEG, Santé F 1, p. 285, 17 et 18.11.1783

– **Jean-François Coindet: 1774-1834**

Il a effectué ses études à Edimbourg, d'où il est gradué en 1797; sa thèse a porté sur *de variolis*. De retour à Genève en 1799 comme praticien, il devient en 1809, médecin de l'intérieur; médecin des épidémies pendant la période du département du Léman, il succède à Odier comme éditeur de la *Bibliothèque universelle*. Il est aussi l'un des fondateurs de la Société médicale en 1823, qu'il préside pendant quelques années. Deux fois membre du Conseil Représentatif du Canton de Genève, il est également médecin et directeur du Bureau de Bienfaisance<sup>5</sup>.

– **Jean-Pierre Colladon**

Il termine ses études à Göttingen en 1797 et passe son agrégation en 1801; il devient médecin de l'Hôpital en 1808 et conserve sa fonction jusqu'en 1817<sup>6</sup>.

– **Jean-Antoine Cramer: 1707-1775**

Il effectue ses études à Valence et passe son agrégation en 1732. Membre du Conseil des CC en 1752, doyen de la Faculté en 1764, il travaille 25 ans au sein de l'institution qu'il quitte en 1759<sup>7</sup>.

– **Gaspard De la Rive: 1770-1834**

Il termine ses études à Edimbourg en 1797, où il reste encore une année, puis passe deux ans à Londres pour travailler dans des dispensaires; il profite de son séjour pour visiter différents asiles d'aliénés. Il obtient son agrégation en 1800, ne pouvant «que faire honneur à la Faculté»; il devient médecin des aliénés en 1811<sup>8</sup>.

– **Daniel De la Roche: 1743-1813**

Il termine ses études à Leyden en 1766 et est agrégé en 1771, date à laquelle il devient médecin de l'Hôpital. Il est membre du Conseil des CC en 1775, puis s'installe à Paris en 1782, où il exerce la fonction de médecin des Gardes-Suisses et de l'hôpital Necker<sup>9</sup>.

Il a publié plusieurs articles et ouvrages qui l'ont rendu «justement célèbre» aux dires d'Odier<sup>10</sup>, dans des journaux tels que le *Journal de*

<sup>5</sup> MÜLLENER 1965, pp. 23-24, BPU. Recueil Le Fort, volume 7, n° 10.

<sup>6</sup> AEG, Santé F 1, pp. 325 et 326, 17 et 18 floréal, an IX, 1801.

<sup>7</sup> GAUTIER 1906, p. 435 et AEG, Arch.hosp. Aa 103, p. 420, 21.3.1759.

<sup>8</sup> AEG, Santé F 1, p. 324, 13 et 14 ventôse, an VIII, 1800, LADAME 1907.

<sup>9</sup> GAUTIER 1906, p. 436, Santé F 1, p. 267, 3 et 4.4.1771.

<sup>10</sup> ODIER 1786, p. 49

médecine, chirurgie et pharmacie, la *Gazette de santé* et encore l'*Encyclopédie méthodique*, dans laquelle il écrit l'article « chirurgie »<sup>11</sup>.

– Jean Jaques **Deroche**

Après avoir terminé ses études à Edimbourg, il travaille à Londres, notamment dans un dispensaire. Il s'installe à Genève en 1806, et travaille comme médecin de l'Hôpital de 1808 à 1816<sup>12</sup>.

– Charles Guillaume **Dunant**: 1744-1808

Il termine ses études à Montpellier en 1772 et passe son agrégation la même année, malgré l'avis de la Faculté qui pense qu'il peut s'améliorer en médecine pratique. Il devient médecin de l'extérieur en 1778, puis médecin de l'intérieur de 1789 à 1808. Membre du Conseil des CC en 1785, il est l'un des trois auteurs de la *pharmacopea Genevensis*, avec De La Roche et Odier. En 1786, il est envoyé par le Conseil à Satigny, avec Pierre Butini, pour lutter contre une épidémie de fièvre putride<sup>13</sup>.

– Gaspard **Joly**: 1718-?

Il effectue ses études à Montpellier en 1743 et est agrégé en 1746. Il devient membre du Conseil des CC en 1752, du Petit Conseil en 1768, et exerce la fonction de syndic en 1780 et 1784. Il entre au service de l'Hôpital en 1759<sup>14</sup>.

– Jean-Jacques **Manget**: 1716-1789

Il effectue ses études à Valence et passe son agrégation en 1738. Membre du Conseil des CC en 1752, doyen de la Faculté en 1775, il entre au service de l'Hôpital en 1747, comme médecin de l'extérieur, puis comme médecin de l'intérieur en 1759; il quitte l'établissement en 1777<sup>15</sup>.

– Jean-Louis **Manget**: 1753-1809

Fils de Jean-Jacques, il effectue son doctorat à Edimbourg en 1775, et passe son agrégation en 1777. Il est médecin de l'Hôpital pour l'extérieur de 1798 à 1808, puis pour l'intérieur entre 1808 et 1809<sup>16</sup>.

<sup>11</sup> Le détail de ses publications se trouve dans GAUTIER 1906, pp. 520 et 521.

<sup>12</sup> Genève, BPU, Recueil Le Fort, vol. 19, n° 26 et 27.

<sup>13</sup> GAUTIER 1906, pp. 347, 366, 372, 436. AEG, Arch. hosp. Aa 107, p. 39, 17.12.1777, Santé F1, p. 269, 17 et 18 juillet 1772.

<sup>14</sup> GAUTIER 1906, p. 436. AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 511, 27.12.1759.

<sup>15</sup> GAUTIER 1906, p. 436, et AEG, Arch. hosp. Aa 103, p. 511, 27.12.1759, et Aa 107, p. 31, 29.10.1777.

<sup>16</sup> GAUTIER 1906, p. 437, pour ses publications p. 537. AEG, Santé F 1, p. 276, 1<sup>er</sup> et 2.5.1777.



- Jacques-André **Matthey**: 1778-1842  
Il a effectué ses études à Paris, qu'il termine en 1802, avec une thèse portant sur différentes fièvres. Il revient à Genève en 1803 et demande l'agrégation, bien que la Faculté n'existe plus de fait, depuis 1798; il est médecin de l'Hôpital dès 1805<sup>17</sup>.
- Jean Aimé **Miroglio**: 1757-1823  
Il termine ses études à Montpellier en 1782, puis passe avec difficulté son agrégation en 1785; il devient médecin de l'Hôpital en 1796 et conserve sa fonction jusqu'en 1820<sup>18</sup>.
- Louis **Odier**: 1748-1817  
Il obtient son doctorat à Edimbourg en 1770, son agrégation en 1773, et devient médecin de l'Hôpital en 1775. Il est élu au Conseil des CC en 1788. Il donne des cours de médecine à Genève en 1800, 1801 et 1804, qui sont publiés; en 1810 il est nommé membre correspondant de l'Institut de France<sup>19</sup>.
- Jean **Peschier**: 1774-1831  
Diplômé de l'université d'Edimbourg en 1797, il voyage ensuite en Grande-Bretagne et à Vienne, puis revient passer son agrégation en 1800; il cumule les deux fonctions de médecin de l'Hôpital dès 1817<sup>20</sup>.
- Gédéon de **Rabours**: 1710-1775  
Il obtient son doctorat en médecine à Valence en 1733 et à Paris en 1738, après huit ans d'études et de fréquentation des hôpitaux. En 1746, il écrit au Conseil pour offrir ses services à la République, affirmant qu'il est capable d'enseigner la chirurgie et l'art de l'accouchement. Il revient à Genève en 1753 et est agrégé sans examen la même année. En 1766, il devient médecin de l'Hôpital<sup>21</sup>.
- Pierre **Sylvestre**: 1759-1795  
Il devient docteur en médecine à Montpellier en 1781, et obtient son agrégation en 1785 au cours de laquelle il fait preuve «de grandes connaissances»; il travaille pour l'Hôpital de 1789 à 1795<sup>22</sup>.

<sup>17</sup> AEG, Santé F 1, p. 329, 10.7.1804, MÜLLENER 1965, pp. 24-25.

<sup>18</sup> GAUTIER 1906, pp. 437 et 538, AEG, Arch. hosp. Aa 109, p. 328, 6.12.1795, Santé F1, pp. 284, 286, 287, 26.9.1783, 15 et 16.4.1784, et 28.4.1785.

<sup>19</sup> GAUTIER 1906, p. 437, AEG, Aa 106, p. 282, 12.2.1775, Santé F 1, p. 271, 24 et 25.11.1773, MORSIER 1975.

<sup>20</sup> Genève, BPU, Recueil Le Fort, vol. 7, n° 5, AEG, Santé F 1, p. 325, 22 et 23 ventôse, an VIII.

<sup>21</sup> GAUTIER 1906, p. 435, AEG, Arch. hosp. Aa 105, p. 62, 23.4.1766, Aa 106, p. 281, 5.2.1775, RR médecine.

<sup>22</sup> GAUTIER 1906, p. 437, AEG, Arch. hosp. Aa 108, 14.1.1789, Aa 109, p. 325, 25.11.1795, Santé F 1, p. 288, 8.12.1785.

## ANNEXE 3

---

### Quelques indices biographiques sur les chirurgiens de l'Hôpital

– **Jean Baumgartner**: 1702-1790

Il obtient sa maîtrise en 1737, et devient chirurgien de l'Hôpital en 1757; il est déchu de son droit de maîtrise en 1786, ayant refusé de prêter le serment de bourgeois prescrit par l'Edit de 1782<sup>1</sup>.

– **François-David Cabanis**: 1727- 1794

Il passe sa maîtrise en 1754, et devient chirurgien de l'Hôpital en 1769, et membre du Conseil des CC en 1775. Selon Gautier, il est considéré comme le grand accoucheur de la seconde moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>.

– **Jaques De Harsu**: 1730-1784

Il est reçu maître en 1758, devient chirurgien de l'Hôpital en 1761, et membre du Conseil des CC en 1764<sup>3</sup>.

– **Pierre Fine**: 1758-1814

Il passe sa maîtrise avec succès en 1782, devient chirurgien major de 1783 à 1789, puis chirurgien de l'Hôpital de 1789 à 1814, année de sa mort<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> GAUTIER 1906, pp. 325 et 499, AEG, R.C. 290, p. 128.

<sup>2</sup> GAUTIER 1906, pp. 351, 353, 500

<sup>3</sup> GAUTIER 1906, p. 500.

<sup>4</sup> GAUTIER 1906, p. 500.

- **Daniel Guyot: 1704-1780**  
Il effectue sa maîtrise en 1731 et devient chirurgien de l'Hôpital en 1747. De 1728 à 1733 probablement, il fait office de démonstrateur de cours d'anatomie. En 1751, il offre de concert avec Antoine Sabourin de donner des cours d'accouchements aux sages-femmes, offre acceptée par le Petit Conseil<sup>5</sup>.
  
- **Louis Jurine: 1751-1819**  
Il a passé sa maîtrise en 1776, et exerce la fonction de chirurgien de l'Hôpital pour l'intérieur de 1781 à 1789<sup>6</sup>.
  
- **Charles-Théodore Maunoir**  
Il passe sa maîtrise en 1801, et devient chirurgien de l'Hôpital en 1808, d'abord comme suppléant sans salaire, puis en 1809, comme chirurgien ordinaire<sup>7</sup>.
  
- **Jean-Pierre Maunoir: 1768-1861**  
Il passe sa maîtrise en 1793, après avoir montré des certificats de cours pris à Paris et de son séjour à l'hôtel-Dieu, certificats qui équivalent aux lettres d'apprentissage<sup>8</sup>.
  
- **Etienne Meschinet: ?-1790**  
Il a passé sa maîtrise en 1747, et devient chirurgien de l'Hôpital en 1761<sup>9</sup>.
  
- **Antoine Sabourin: 1692-1757**  
Il reçoit sa maîtrise en 1716, est élu au Conseil des CC en 1738, et devient chirurgien de l'Hôpital en 1743<sup>10</sup>.
  
- **Jean-Pierre Terras: ?- 1816**  
Installé à Paris, le Petit Conseil le fait appeler, sur la recommandation de Tronchin. Les chirurgiens de la ville s'opposent à cette décision, car

<sup>5</sup> GAUTIER 1906, pp. 353, 359 et 360, 499, 531; pour une biographie plus complète, voir le chapitre n° 4, consacré au corps médical.

<sup>6</sup> GAUTIER 1906, p. 500, AEG, AEG, Santé F 1, BARRAS et LOUIS-COURVOISIER, 1999.

<sup>7</sup> AEG, Santé F 1, p. 327, 2.6.1801.

<sup>8</sup> GAUTIER 1906, p. 500, AEG, Santé, F 1, p. 308 et 309, 9.8 et 30.12.1793, FRANCESCHETTI 1975, p. 154; MAYER 1975, p. 163; PICOT et THOMAS 1923, p. 106.

<sup>9</sup> GAUTIER 1906, p. 500; voir aussi le chapitre n° 4, relatif au corps médical.

<sup>10</sup> GAUTIER 1906, p. 499.

il est étranger, et il y a déjà six élèves genevois visant la carrière de chirurgiens, dont deux bien avancés dans leurs études. Le Conseil maintient sa position, Terras devient bourgeois et passe sa maîtrise la même année, en 1770. En 1795, on sait qu'il a renoncé depuis longtemps à la grande chirurgie, mais peut rester maître car son renoncement est dû à des raisons de santé. Il est chirurgien de l'Hôpital depuis 1790<sup>11</sup>. Il est à relever que Terras appartient à la catégorie des chirurgiens qui ont beaucoup publié<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> GAUTIER 1906, pp. 351 et 500, AEG, Santé F 1, pp. 264 et 265, 19.3 et 23.5.1770, 312 et 321, 27.6.1796 et 30.6.1797; RR médecine.

<sup>12</sup> Pour la liste des ses publications, voir GAUTIER 1906, pp. 549 à 551.

## ANNEXE 4

---

Transcription de la bibliothèque « médicale » d'Etienne Meschinet. Inventaire après décès Jur. Civ. F 820<sup>1</sup>

1. *Œuvre d'Ambroise Paré*
2. *Traité des accouchements*, par La Motte [*Traité complet des accouchements naturels et non naturels et contre nature*, par de La Motte, Guillaume Mauquest, Paris, 1722, 1 vol.]
3. *L'arsenal de chirurgie*
4. *Haemastique ou la statique des animaux*, par [Boissier de la Croix de Sauvages, François, Genève, 1744]
5. *Traité des maladies des femmes grosses*, par Meauriceau, [François, plusieurs éditions]
6. *Anatomie de l'homme*, par Dionis, [Pierre, plusieurs éditions]
7. *L'art de faire les rapports en chirurgie*, par Dewaux, [Jean, 1746]
8. *Idée générale de l'oeconomie animale*, par Helvetius, [Jean Claude Adrien, plusieurs éditions]
9. *L'art de guerir les maladies veneriennes*, par Blegny, [Nicolas de, plusieurs éditions]
10. *La chirurgie de l'Hopital*, par Beloste
11. *Anatomie raisonnee du corps humain*, par Didier
12. *Traité de la nouvelle methode d'inoculer la petite verole*, par Vieusseux, [Gaspard, Genève, 1773]
13. *Splanchnologie ou l'anatomie des visceres*, par Garengot, [René Jacques, Croissant de], 2 vol.

<sup>1</sup> Les passages entre crochets ont été ajoutés en vue de compléter les données bibliographiques contenues dans ces inventaires. Je dois ces données complémentaires à Brigitte Clerc, qui a pu retrouver une grande partie des livres cités dans ces inventaires.



14. *Nouvelles observations [et recherches analytiques] sur la magnesie du sel d'Epsom*, par Butini, [Pierre, Genève, 1781]
15. *Histoire des plantes*, par Bauhin, [Jean], 2 vol.
16. *Composition du remede d'Aran*, [par Jacques d'Aran]
17. *Traité des eaux de Bourbon*, [par Pascal, Jean, 1699]
18. *Traité des maladies veneriennes*, par Le Monnier
19. *Ceuvres de chirurgie*, de Goullar. 2 vol.
20. *Traité des vertiges*, par La Mettrie, [Julien Offray, de, 1738]
21. *Traité des instrumens de chirurgie*, par Garenjeot, 2 vol.
22. *Recherches sur l'origine de la chirurgie en France*, 2 vol.
23. *Le chirurgien dentiste*, par Fauchard [Pierre]
24. *Recherches sur l'art du dentiste*, par Bourdet, 2 vol.
25. *Dissertation sur les maux veneriens*, par Guisard, [Pierre]
26. *Cours de chirurgie*, par Col de Villars, [Elie], 4 vol.
27. Examen du livre : *parallele des differentes methodes de traiter la maladie venerienne*, [par Anon, Antoine Louis, 1765]
28. *Instituts de Medecine*, par Deidier, [Antoine]
29. *Traité des bandages*, par Verdut
30. *Dictionnaire françois-latin des termes de medecine [et] de chirurgie*, par Col de Vilars, [Elie]
31. *Pathologie de chirurgie* par Verdeil, [François], 2 vol.
32. *Traité des saignées [Traité de l'usage des différentes sortes de saignées]*, par Silva, [Jean Baptiste, 1727]
33. *Traité des maladies veneriennes*, par Astruc, [Jean], 3 vol.
34. *Le chirurgien à l'Hopital [Le chirurgien d'hôpital]*, par Belloste, [Augustin], 2 vol. [plusieurs éditions]
35. *Systeme phisique et moral de la femme*, par Roussel
36. *Pratique des maladies aiguës*, par Torry, 2 vol.
37. Un hazard de livres de medecine et chirurgie
38. *Des maladies occasionnées par les variations de l'air*, par Raulin, [Joseph, 1752]
39. *Traité des maladies de l'œil* [peut-être celui de J. Le Febvre, 1707]
40. *L'art de conserver les dents*, [par Jaquier de Gerauldy, Claude, 1737]

Transcription d'une partie de la bibliothèque de Daniel Guyot, maître chirurgien. Inventaire après décès, Jur. civ. F 726.

*Livres de medecine et de chirurgie en françois.*

1. *Lettre sur la maniere de guerir les maladies veneriennes*, par Monsieur de Torry à Monsieur Vernage, [Michel Louis ?], Paris, 1754, 1 vol.

2. *La grande chirurgie* de Maître Guy de Chauliac, medecin de Montpellier, Bourdeaux, 1 vol.
3. *Nouveau reglement de l'Academie de chirurgie de Paris*, 1751, 1 cahier
4. *Traité [de la petite vérole communiquée par] de l'inoculation*, par Butini, [Jean-Antoine], Paris, 1752
5. *Dissertation sur l'inoculation*, par Cantwell, Paris, 1753
6. *L'inoculation justifiée*, par Tissot, [Samuel Auguste], Lausanne, 1754, 1 vol.
7. *Abrégé de l'art des accouchements*, par Madame Le Boursier du Coudray, [Angélique Marguerite], Paris, 1769, 2 vol.
8. *Memoire de Monsieur de La Condamine* [Charles Marie] *sur l'innoculation de la petite verole*, lû à l'Academie, 1754, Avignon, 1755
9. *Examen d'une maladie singuliere [et de l'examen du cadavre d'une femme] d'un ramolissement général des os*, par Monsieur Morand, [Jean François Clément] Paris, 1752
10. *Memoire et observations sur la methode d'insérer la petite verole*, par Monsieur Grassot
11. *Traité de la saignée*, par Quesnay, Paris, 1750, 1 vol.
12. *Pratique speciale de medecine*, Lyon, 1708, 1 vol.
13. *Traité des maladies qui apartiennent [arrivent] aux parties genitales des deux sexes*, par Monsieur Vercellone, [Jacopo] Paris, 1730, 1 vol.
14. *Observations de Louise Bourgeois, sage-femme de la royne*, [Boursier, Louise Bourgeois] Paris, 1642, 1 vol.
15. *Traité des medicaments*, par Monsieur de Sauvry, [Daniel], Paris, 1747, nouvelle edition, 2 vol.
16. *Observations chirurgicales sur les maladies de l'urethre*, par Jacques Daran, Paris, 1748, 1 vol.
17. *Nouvelle osteologie, description exacte des os*, par Jean Palfin, 1731, 1 vol.
18. *Traité de l'organe de l'ouïe*, par Du Verney, [Richard Joseph], Paris, 1683, 1 vol.
19. *Traité du cœur, du mouvement et de la couleur du sang*, par Monsieur Lowet, traduit de l'anglois, 1679, 1 vol.
20. *Examen d'un livre qui a pour titre : Parallele des differentes methodes de traiter les maladies veneriennes*, 1765, 1 vol.
21. *La grande chirurgie des ulceres*, par Jean Vigier, Lyon, 1656, 1 vol.
22. *Le chirurgien operateur*, par Joseph Covillard, Lyon, 1640, 1 vol.
23. *Petit traité contenant une des parties principales de la chirurgie*, par Pierre Franco à Lausanne, Lyon, 1556, 1 vol.
24. *Epitome des preceptes de medecine et chirurgie*, par Pierre Pigray, Lyon, 1637, 1 vol.
25. *Semaine, ou pratique anatomique*, de Nicolas Habicot, Paris, 1450 [1610 ?], 1 vol.

26. *Recherches sur les vertus de l'eau de goudron*, traduit de l'anglois, du docteur George Berkeley, Geneve, 1748, 1 vol.
27. *Observations de chirurgie avec des remarques traduites de l'anglois*, de Monsieur Joseph Warner, Paris, 1767, 1 vol.
28. *Anthropotomie ou l'art de disséquer*, Paris, 1750, 2 vol.
29. *Deux memoires sur le mouvement du sang et sur les effets de la saignée*, par Monsieur de Haller, [Albrecht, von], Lausanne, 1756, 1 vol.
30. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, par Monsieur Pomme fils [Pierre], Lyon, 1763, 1 vol.
31. *Memoire sur la nature sensible et irritable des parties du corps animal*, par Monsieur de Haller, [Albrecht, von] Lausanne, 1756, 1 vol.
32. *Emmenologie ou traité de l'evacuation ordinaire aux femmes*, par Monsieur Freind, [John], traduit par Monsieur Devaux, Paris, 1738, 1 vol.
33. *Traité des operations de chirurgie*, de Monsieur Sharp, traduit par J. F. [illisible], 1741, 1 vol.
34. *Observations de medecine pratique*, Paris, 1743, 1 vol.
35. *Nouvelle chirurgie medicinale et raisonnée*, de Monsieur Ethmuller, 3<sup>e</sup> edition, Lyon, 1703, 1 vol.
36. *Medecine vegetale*, par Monsieur Pierre Joseph Buchon, Yverdon, 1770, 1 vol.
37. *Observations de medecine où l'on trouve des remarques qui tendent à détruire le préjugé où l'on est sur l'usage du lait dans les pulmonies*, par J[oseph] Raulin, Paris, 1754, 1 vol.
38. *Des maladies occasionnées par les promptes et fréquentes variations de l'air*, par Joseph Raulin, 1752, 1 vol.
39. *Essays et observations de medecine de la Société d'Edinbourg*, par Monsieur Pierre Demoun (?), Amsterdam, 1741, 7 vol.
40. *Description des os* par Monsieur J[ean]-Louis Petit, chirurgien, avec trois lettres sur la generation des vers dans le corps de l'homme, par Louis Lemery, Leyde, 1709, 1 vol.
41. *Traité de l'operation de la taille*, de Monsieur François Colot, Paris, 1726, 1 vol.
42. *Dissertation medicinale sur les maladies veneriennes*, 6<sup>e</sup> edition, par Monsieur Deidier, [Antoine ?], Paris, 1738, 1 vol.
43. *Exposition anatomique de la structure du corps humain*, par J. Benigne Winslow, en 5 vol, Paris, 1732, 4 vol.
44. *Traité des humeurs contre nature*, par Monsieur Deidier, [Antoine] Paris, 1732, 1 vol.
45. *Matiere medicale*, par Monsieur Deidier, [Antoine], Paris, 1738, 1 vol.
46. *Institutions de medecine*, par Monsieur Herman Boerha[a]ve, traduites par Monsieur de La Mettrie, Paris, 1740, 2 vol.

47. *Le chirurgien dentiste ou traité des dents*, par Pierre Fauchard, Paris, 1728, 2 vol.
48. *Traité [complet] de la gonorrhée virulente*, par Monsieur Daran, [Jacques], Paris, 1756, 1 vol.
49. *L'art des accouchements*, par Monsieur André Levret, 2e édition, Paris, 1771, 1 vol.
50. *Traité complet de chirurgie*, par Monsieur de La Motte, [Guillaume, Mauquest], 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1732, 4 vol.
51. *Bibliothèque de médecine et chirurgie*, par Theophile Bonet, en 4 vol, mais en 2, Geneve, 1708, 2 vol.
52. *Dissertation sur l'inutilité de l'amputation des membres*, par Monsieur Bilguer, [Johann Ulrich], traduite et augmentée de quelques remarques par Tissot, Paris, 1744
53. *Dissertation sur cette question : quelles sont les causes principales de la mort d'un aussi grand nombre d'enfans*, par Jacques Ballexerd, Geneve, 1775
54. *Traité sur les effets des préparations de plomb*, par Monsieur Goulard, [Thomas], 1760, 2 vol.
55. *Recit de ce qu'il s'est passé au sujet de la section de la symphise sur la femme Souchot*, Paris, 1777, 1 brochure
56. *Reflexions sur la section de la symphise du pubis*, par Piet, [Guillaume Louis], La Haye, 1778, 1 brochure
57. *Dissertation sur ce qu'il convient faire pour diminuer ou supprimer le lait des femmes*, par Monsieur David, [Jean Pierre] Paris, 1763
58. *Extrait du Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, par Antoine Roux, 1772, 1 vol.
59. *Essay sur la conformité de la médecine des anciens et des modernes en comparaison*, par Jean Barks, traduit de l'anglois par R. Schomberg, Amsterdam, 1749, 1 vol.
60. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, par Monsieur Roux, avril 1763
61. *Essay sur la rage*, par Monsieur Couteau le fils, Lyon, 1763, 1 brochure
62. *Observations anatomiques tirées d'un grand nombre de cadavres à leur ouverture avec figures*, par Pierre Barriere, Perpi., 1753, 1 vol.
63. *Essay sur l'usage du garou*, par Monsieur Agathange Le Roy, médecin de Monsieur le comte de Province, Paris, 1774, 1 vol.
64. *Recueil d'observations d'anatomie et chirurgie pour servir de base à la théorie des lésions de la tête par contre-coup*, [édition Louis, Antoine] Paris, 1766, 1 vol.
65. *Traité de la nouvelle méthode d'innoculer la petite verole*, par Vieusseux, [Gaspard], 1773, 1 vol.

66. *Observations sur la nature, la cause et les effect des epidemies vario-  
liques et refutation de quelques ecrits contre l'innoculation de la petite  
verole*, 1774, 1 vol.
67. *Memoire de l'Academie royale de Prusse concernant l'anatomie, la  
physiologie, la physique, l'histoire naturelle, la botanique, la minera-  
logie*, par Monsieur Paul, Paris, 1770, 7 vol.
68. *Consultations sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chi-  
rurgie*, par Ledran, [Henri François ?], Paris, 1765, 1 vol.
69. *Miotonie humaine et canine ou la maniere de dissequer les muscles de  
l'homme et des chiens*, par René Jacques Croissant de Garengot, 2<sup>e</sup>  
edition, Paris, 1728, 1 vol.
70. *De la generation des vers dans le corps de l'homme*, par Nicolas  
Andry, Paris, 1700, 1 vol.
71. *Manuel anatomique et pathologique ou abrégé de toute l'anatomie*, par  
Jean Rioland, Lyon, 1672, 1 vol.
72. *Observations chirurgicales sur les maladies de l'urethre*, par Jacques  
Daran, 3e edition, Paris, 1750
73. *Les œuvres d'Ambroise Paré*, 12<sup>e</sup> edition, augmenté d'un traité des  
fievers, Lyon, 1664, 1 vol.
74. *Haemostatique ou la statique des animaux*, par Monsieur Estienne  
Hales, ouvrage très utile aux medecins, par Monsieur de Sauvages,  
Geneve, 1744, 1 vol.
75. *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers etats, sur  
les progrès de la chirurgie en France*, [Anon], Paris, 1744, 1 vol.
76. *Traité des maladies de l'œil et des remedes propres*, par Antoine  
Maitre Jan [Maître, Jean Antoine], Troyes, 1707, 1 vol.
77. *Pharmacopée universelle*, par Nicolas Lemery, 4<sup>e</sup> edition, La Haye,  
1729, 1 vol.
78. *Histoire de la medecine*, par Daniel Leclerc, Amsterdam, 1723, 1  
vol.
79. *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*,  
par François Mauriceau, 7<sup>e</sup> edition, Paris, 1740, 2 vol.
80. *Traité complet des accouchements naturels et non naturels et contre  
nature*, par de La Motte, [Guillaume Mauquest], Paris, 1722, 1 vol.
81. *Observations importantes sur le manuel des accouchements*, de Henri  
Deventer, traduites du latin, Paris, 1733, 1 vol.
82. *Histoire de la medecine*, par Jean Friend, traduite de l'anglois par  
Estienne Coulet, Leyde, 1727, 1 vol.
83. *Traité general des accouchements*, par Monsieur Dionis, [Pierre],  
Liege, 1721, 1 vol.
84. *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*, par Pierre  
Arnaud, 2e edition, Paris, 1755, 1 vol.



85. *Essay sur l'abus des regles generales des accouchements*, par André Levret, Paris, 1766, 1 vol.
86. *Traité des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, par Levret, [André], Paris, 1751, 1 vol.
87. *Traité de la theorie et pratique des accouchements*, traduit de l'anglois, de Monsieur Smellie, [William], par Monsieur de Preville, Paris, 1754, 1 vol.
88. *Observations sur les accouchements*, traduites de l'anglois, de Monsieur Smellie, [William], par Monsieur de Preville, Paris, 1752, 2 vol.
89. *Observations sur la cure medicale de plusieurs polypes de la matrice de la gorge, du nez*, par Levret, [André], Paris, 1749, 1 vol.
90. *Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchements*, par Levret, [André], Paris, 1747, 1 vol.
91. *Cours de chymie*, par Nicolas Lemery, 5e edition, Paris, 1683, 1 vol.
92. *La pratique des accouchements*, par Philippe Peu, chirurgien de Paris, Paris, 1693, 1 vol.
93. *Anatomie chirurgicale ou description exacte des parties du corps humain*, nouvelle edition, par Pierre Boudon, Paris, 1734, 2 vol.
94. *Essay anatomique avec la maniere de dissequer*, par Monsieur Lieutauc, [Lieutaud, Joseph ?], Paris, 1742, 1 vol.
95. *L'anatomie d'Heister*, [Lorenz], avec des essais de physique et figures, Paris, 1724, 1 vol.
96. *Observations et histoires chirurgicales en 12 centuries*, Geneve, 1670, 1 vol.
97. *La taille au niveau, memoire sur la lithotomie*, par Monsieur Pouteau [fils], Avignon, 1765, 1 vol.
98. *Traité des sens*, par Le Cat, [Claude Nicolas], nouvelle edition, Amsterdam, 1744, 1 vol.
99. *Description abregée des maladies qui regnent le plus dans les années, avec methode de les traiter*, Vienne, 1752, 1 vol.
100. *Avis au peuple sur sa santé*, par Tissot, [Samuel Auguste], 2e edition, Lausanne, 1763, 2 vol.
101. *Traité des playes de tête*, par Pierre Simon Rouhault, Turin, 1720, 1 vol.
102. *Les secrets et les fraudes de la chymie et de la pharmacie*, ouvrage traduit de l'anglois à la Haye, 1759, 1 vol.
103. *Le regime de vivre pythagorien à l'usage de la medecine, discours d'Antoine Cocchie de Mugelle*, traduit de l'italien, Geneve, 1750, 1 vol.
104. *Traité des maladies les plus frequentes et des remedes propres pour leur guerison*, par Helvetius, [Jean Claude Adrien], 2 vol.

## SOURCES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. Sources

#### a) Sources manuscrites

*Archives d'Etat de Genève:*

#### Conseils:

Registres du Conseil: R.C. 250 à 326, 1750-1820

Requêtes et rapports, R.R. médecine, 1570-1796

Requêtes et rapports, R. R. fonctionnaires III, employés de l'Hôpital, 1723-1797

#### Archives hospitalières:

Registres des délibérations des procureurs de l'Hôpital: Aa 27-28, 1612-1614

Registres des délibérations des procureurs de l'Hôpital: Aa 101 à 109, 1746-1798

Registres des délibérations administratives de la direction de l'Hôpital: Ab 1 à 4, 1798-1824

Notes sur les délibérations des procureurs: Ad 6, 1667-1742

Inventaire général des meubles et ustensiles de l'Hôpital: Af 3 à 5, 1718, 1772-1773, 1825

Règlements de l'Hôpital: Ag 1 à 5, 1613, 1712, 1771, 1812, 1812

Copies de lettres: Ah 2 à 6, 1739-1832

Registres des comptes des receveurs de l'Hôpital: Ba 49 à 59, 1749-1813

Registres des entrées et sorties de l'Hôpital: Fa 11 à 17, 1744-1824

Livre des pensionnaires de la Maison: Fc 1, 1746-1795  
Livre des gages: Fd 3, 1747-1820, avec interruption entre 1787 et 1816  
Registres des comptes de l'hospitalier: Fe 69 à 78, 1748-1836  
Rôle de ceux qui ont été assistés pendant l'année 1801: Ha 1  
Grand livre des assistés: Hd 8, 1795-1813  
Livre de mémoire de la Bourse française: Kb 9  
Papiers relatifs à l'administration générale de l'Hôpital général de Genève: P liasse 1.  
Papiers relatifs à des particuliers assistés par l'Hôpital: P Liasse 146, 147, 196, 214.

Archives administratives:

Santé F 1 et 2: Registres de la Faculté, 1569-1855  
Santé E 1: Tableau de la mortalité à Genève, 1560-1811  
Etat civil, Registre des décès 10  
Office A 4

Archives judiciaires:

Procès-criminels, 1ère série, 9425, 10835, 11697, 11735, 15680  
Jur. civ. F 726: inventaire après décès de Daniel Guyot  
Jur. civ. F 820: inventaire après décès d'Etienne Meschinot

Archives notariales: minutes des notaires suivants:

- Notaire Georges Choisy, vol. 2, 1787
- Notaire Mathieu Duby, vol. 12, 1748
- Notaire Jean-Jacques Choisy, vol. 17, 1751
- Notaire Mercier, Jaques, vol. 16, 1783

Archives privées:

Archives de famille 128, Papiers Joly.

*Bibliothèque cantonale de Lausanne:*

Fonds Tissot, IS 3784

Cartons 144/1 à 144/6, contenant plusieurs centaines de lettres adressées à Samuel Tissot  
Manuscrit 130/3: Tissot, Samuel, «Plan d'instruction pour les médecins de villages», 12.2.1765  
Manuscrit 65: Histoire de la chirurgie  
Manuscrit 72: Discours sur la chirurgie: oratio habita in cathedra Montpeli, 22 avril 1749. Texte latin et français.

- *Archives du Musée d'histoire des sciences*:  
 «Mémoire sur les voyages médicaux», lu par Louis Odier à la Société médico-chirurgicale le 3 mai 1806: Z 92  
 «Sur les professions médicales, deuxième mémoire», lu par Louis Odier à la Société medico-chirurgicale du mardi le 25 janvier 1810: Z 92  
 Procès-verbaux de la Société médico-chirurgicale du samedi: Z 254  
 Procès-verbaux de la Société de chirurgie: Z 255  
 Registre des ouvertures cadavériques: Z 256

*Bibliothèque publique et universitaire:*

Copies de lettres du Docteur Théodore Tronchin: Ms Tronchin 204  
 Matériaux pour servir à l'histoire de la médecine récoltés par Léon Gautier: Ms 2176-2183  
 Recueil Le Fort

*b) Sources imprimées*

- *Registre de la Compagnie des Pasteurs*, édité par Gabriella CAHIER, Matteo CAMPAGNOLO et Micheline LOUIS-COURVOISIER, Genève, 1993, vol. XI.
- *Livres des Habitants, 1684-1792*, publié par A. PERRENOUD et G. PERRET, MDG 51, 1985.
- *Les Sources du droit du canton de Genève*, publiées par E. RIVOIRE et V. van BERCHEM, Aarau, 1927-1935.
- ALIBERT 1812. *Compte rendu de Description des maladies de la peau*, écrit par J. L. ALIBERT, Paris, 1806, *Bibliothèque Britannique*, 1812, vol. 49
- COX 1804. Extrait du livre de Joseph Mason COX, *Practical Observations on Insanity*, *Bibliothèque Britannique*, 1804, vol. 31
- DE LA RIVE 1798. DE LA RIVE, Gaspard, «Sur un nouvel établissement pour la guérison des aliénés», *Bibliothèque Britannique*, 1798, vol. 8
- FABRI 1713. *Sermons sur diverses matières importantes*, par feu Monsieur FABRI, Genève, 1713, t. 2.
- FLAJANI 1811. FLAJANI, Alexandre, «Extrait sur les établissements publics relatifs à la médecine», publiés par Louis ODIER, Genève, 1811.
- GILBERT 1772. GILBERT, J. E., *L'anarchie médicinale ou la médecine considérée comme nuisible à la société*, Neuchâtel, 1772.

- GILLET-LAUMONT 1812. GILLET-LAUMONT, M. «Voyage à Genève et dans la vallée de Chamouni en Savoye, par M.P.X Leschevin», *Journal des Mines*, vol. 1, 1912.
- HEBERDEN 1804. *Compte-rendu de Commentaries on the History and Cure of Diseases*, écrit par William HEBERDEN, Londres 1802, *Bibliothèque Britannique*, 1804, vol. 27
- JURINE 1786. JURINE, Louis, «Observation sur un cochemar», *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, n° 68, 1785
- JURINE an X. JURINE, Louis, «Observation sur un corps étranger introduit dans la vessie, qui a nécessité l'opération de la taille», *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, n° 4, an X.
- JURINE 1809. JURINE, Louis, «Amputation du bras pour une maladie des os de l'avant-bras et de la main», *Bulletin des sciences médicales*, vol. 4, 1809.
- JURINE 1810. JURINE, Louis, «Observation sur l'effet des douches données dans la vessie d'une malade qui avait la pierre», *Bulletin des sciences médicales publié au nom de la Société médicale d'émulation de Paris*, vol. 5, 1810.
- LAGET 1779. LAGET, Guillaume, *Sermons sur divers sujets importants*, Genève, 1779.
- LANDRÉ-BEAUVAIS 1818. LANDRÉ-BEAUVAIS, Augustin Jacob, *Séméiotique ou traité des signes de la maladie*, 3e édition, Paris, 1818.
- LE COINTE 1783. *Sermons choisis de feu Monsieur LE COINTE*, pasteur et professeur de Genève, Genève, 1783.
- LIEUTAUD 1776. LIEUTAUD, Joseph, *Précis de la médecine pratique*, Paris, 4e édition, 1776, 3 vol.
- LOMBARD 1836. LOMBARD, H. C., «Clinique médicale de l'hôpital civil et militaire de Genève», extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1836.
- MARKUS 1790. MARKUS, Waldbert Friedrich, *Von den vorthellen der Krankenhäuser fur den Staat*, Bamberg und Würzburg, 1790.
- MAUNOIR 1812. MAUNOIR, Jean-Pierre, *Questions de chirurgie proposées pour la chaire de clinique externe*, Montpellier, 1812.
- MOUCHON 1798. *Sermons sur divers textes de l'Ecriture sainte*, par Monsieur Pierre MOUCHON, Genève, 1798.
- MOULTOU 1830. MOULTOU Guillaume, *Des aliénés et de l'établissement projeté pour l'amélioration de leur sort dans le canton de Genève*, Genève, 1830.
- ODIER 1786. ODIER, Louis, «Observation sur les effets du magistère bismuth donné intérieurement comme antispasmodique», *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, tome 68, 1786.
- ODIER 1813. ODIER, Louis, *La mortalité à Genève jusqu'en 1813*, Genève, fin 1813.



- ODIER 1811. ODIER, Louis, *Manuel de médecine-pratique ou sommaire d'un cours gratuit donné en 1800, 1801, et 1804 aux Officiers de Santé du Département du Léman*, Paris-Genève, 2e édition, 1811.
- ODIER 1814. ODIER, Louis, *Registres mortuaires de Genève. Observations sur la probabilité de vie et de la vie moyenne...(1761-1813)*, Genève, 1814.
- RANQUE 1801. RANQUE, H., *Théorie et pratique de l'inoculation de la vaccine*, Paris, 1801.
- SERIN 1788. SERIN, ? *Instructions pour les personnes qui gardent les malades*, publiées par M. d'Apples le Jeune, Lausanne, 2e édition, 1788.
- TERRAS an IX. TERRAS, Jean-Pierre, «Remarques et considérations sur les hernies avec étranglement», *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, n° 4, an 9.
- SWEDIAUR 1798. SWEDIAUR, F., *Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies siphilitiques*, Paris, 1798.
- TENON 1788. TENON, Jacques, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, Paris, 1788.
- TISSOT 1770. TISSOT, Samuel, *Avis au peuple sur sa santé*, Lausanne, 1770.
- TISSOT 1785. TISSOT, Samuel, *Essai sur les moyens de perfectionner les études de médecine*, Lausanne, 1785.
- TRONCHIN 1765, *Encyclopédie de Diderot et d'Alembert*, article: «inoculation», rédigé par Théodore TRONCHIN, 1765, tome VIII.
- VERNES 1792. *Sermons prononcés à Genève par Monsieur le pasteur Vernes*, Genève et Lausanne, 1792.
  
- *Bibliothèque Britannique*, série Sciences et Arts, volumes 1 à 60, 1796 à 1815.
- *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, volumes 8 à 95, 1758 à 1795, volumes 1 à 40, 1801 à 1817.
- *Journal des Mines*, volumes 1 à 38, 1794 à 1815.
- *Feuille d'Avis de Genève*, 1774, 1781, 1786 à 1793.
- *Journal de Genève*, 1787 à 1793.
  
- PANCKOUCKE 1812-1822. *Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et chirurgiens*, édité par C.L.F. PANCKOUCKE, Paris, 1812-1822.
- LOUIS 1789. LOUIS Antoine, *Dictionnaire de chirurgie*, Paris, 1789.

## 2. Références bibliographiques

- ANDREW 1991. ANDREW, Donna, «Two Medical Charities in 18th-Century London; The Lock Hospital and the Lying-in Charity for Married Women», in *Medicine and Charity before the Welfare State*, édité par Jonathan BARRY and Colin JONES, Londres, 1991.
- ANDREWS 1991. ANDREWS, Jonathan, «Hardly a Hospital, but a Charity for Pauper Lunatics?», in *Medicine and Charity before the Welfare State*, édité par Jonathan BARRY et Colin JONES, Londres, 1991.
- AQUILON 1985. AQUILON, Daniel, «Hélène Chambras, Marie Passant, Georges Parvis, ou le don et l'abandon d'enfants à l'Hôpital au XVIII<sup>e</sup> siècle», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
- AQUILON 1985a. «Le carnet d'un enfant assisté à l'Hôpital en 1764», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
- ARIÈS 1975. ARIÈS, Philippe, «La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales», dans *Essais sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Age à nos jours*, Paris, 1975.
- ARIÈS 1977. *L'homme devant la mort*, tome 2 intitulé *La mort ensauvagée*, Paris, 1977.
- AZAVERI 1984. AZAVERI, Joseph Louis, «L'hôpital de Tournus au XVIII<sup>e</sup> siècle», *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n° 49, 1984.
- BABEL 1916. BABEL, Antony, *Histoire corporative de l'horlogerie, de l'orfèvrerie et des industries annexes*, MDG 33, 1916.
- BALMAS 1992. BALMAS, Christine, *Les enfants de l'Hôpital général de Genève, fin XVIII<sup>e</sup>-début XIX<sup>e</sup> siècle*, mémoire de licence dactylographié, département d'histoire générale, faculté des lettres de Genève, octobre 1992.

- BARBLAN 1975. BARBLAN, Marc-A., «La santé publique vue par les rédacteurs de la *Bibliothèque Britannique* (1796-1815)», *Gesnerus*, vol. 32, 1975.
- BARRAS et LOUIS-COURVOISIER 1999. BARRAS, Vincent, LOUIS-COURVOISIER, Micheline, «Louis Jurine, parcours d'un chirurgien», dans *Louis Jurine, médecin et naturaliste genevois*, édité par René SIGRIST, Vincent BARRAS, Marc RATCLIFF, Genève, 1999.
- BARRAS 1989a. BARRAS, Vincent, «Fers, bains et remèdes: «la maison des aliénés» de Genève», *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 109, 1989.
- BARRAS 1989b. *Cachots et remèdes; histoire de quelques fous à Genève au XVIII<sup>e</sup> siècle*, thèse de médecine, Faculté de médecine, Genève, 1989.
- BARRAS 1992. «Hippocrate chez Justinien, lectures d'archives médico-légales genevoises du XVIII<sup>e</sup> siècle», *Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 112, 1992.
- BARRAS-DORSAZ 1985. BARRAS-DORSAZ, Anne-Marie, «Un mode de répression genevois aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles: la maison de la Discipline», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
- BERCÉ 1984. BERCÉ, Yves-Marie, *Le chaudron et la lancette, croyances populaires et médecine préventive, 1798-1830*, Paris, 1984.
- BLEKER, BRINKSCHULTE et GROSSE 1995. BLEKER, Johanna, BRINKSCHULTE, Eva, GROSSE, Pascal, *Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg 1819-1829*, dans *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, cahier 72, Husum, 1995.
- BOLOTTE 1968. BOLOTTE, Marcel, *Les hôpitaux et l'assistance dans la province de Bourgogne au dernier siècle de l'Ancien Régime*, Dijon, 1968.
- BOULLE 1982. BOULLE, Lydie, «La médicalisation des hôpitaux parisiens dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle», dans *Médicalisation de la société française, 1770-1830*, publié par Jean-Pierre GOUBERT, Waterloo, Ontario, 1982.
- BRAU 1994. BRAU, Jacqueline, «La professionnalisation de la santé dans la Toscane des Lumières, 1765-1815», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 41-3, juillet-septembre 1994.

- BUELTZINGSLOEWEN 1994. BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle von, «Naissance de la clinique allemande», *Gesnerus*, vol. 51, 1994.
- BUELTZINGSLOEWEN 1996. «Confessionnalisation et médicalisation des soins aux malades au XIX<sup>e</sup> siècle. Essai de réflexion à partir des cas allemand et français», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 43-4, octobre-décembre 1996, intitulé *Médicalisation et professions de la santé, XVI<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*.
- BULLOUGH 1978. BULLOUGH, Vern et Bonnie, *The Care of the Sick: the Emergence of Modern Nursing*, New York, 1978.
- BURNET 1925. BURNET, Edouard L., *Le premier tribunal révolutionnaire genevois, juillet-août 1794; études critiques*, dans *M.D.G* 34, Genève, 1925.
- CAHIER-BUCCELLI 1979. CAHIER-BUCCELLI, Gabriella, *L'hôpital général de Genève*, mémoire de licence, Département d'histoire générale, Faculté des lettres, Université de Genève, 1979.
- CAVALLO 1991. CAVALLO, Sandra «The Motivations of Benefactors; an Overview of Approaches to the Study of Charity», in *Medicine and Charity before the Welfare State*, édité par Jonathan BARRY et Colin JONES, Londres, 1991.
- CAVALLO 1989. «Charity, Power and Patronage in 18th Century Italian Hospitals: The Case in Turin», in *Hospitals in History*, édité par Lindsay GRANSHAW and Roy PORTER, The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, Londres et New York, 1989.
- COLLIÈRE 1988. COLLIÈRE, Marie-France, «Les soins à domicile: du pain aux "pauvres honteux"... à la Pénicilline», *Etudes sur les soins et le service infirmier: Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, publié par l'AMIEC, Lyon, n° 10, 1988.
- CORBIN 1982. CORBIN, Alain, *Le miasme et la jonquille*, Paris, 1982.
- CRAMPE-CASSANET 1991. CRAMPE-CASSANET, Michèle, «Saisie dans les œuvres philosophiques, (XVIII<sup>e</sup> siècle)», dans *Histoire des femmes en Occident*, publié sous la direction de Georges DUBY et Michelle PERROT, Rome-Bari, 1991.
- CUGNETTI 1978. CUGNETTI, Patrice, *L'Hôpital de Grenoble des origines à la fin du second empire (XI<sup>e</sup> siècle-1870)*, Grenoble, 1978, 2 tomes.

- DINET-LECOMTE 1986. DINET-LECOMTE, Marie-Claude, «Recherche sur la clientèle hospitalière aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles: l'exemple de Blois», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 33, juillet-septembre 1986.
- DINGWELL, RAFFERTY et WEBSTER 1988. DINGWELL, Robert, RAFFERTY, Anne-Marie, WEBSTER, Charles, *An Introduction to the Social History of Nursing*, Londres, 1988.
- DROUX 1993. DROUX, Joëlle, «Infirmiers et infirmières de l'Hôpital de Genève, 1800-1865», dans *Histoire des soins et des soignants-e-s en Suisse romande, XIX-XX<sup>e</sup> siècles*, Projet pour le Fonds national suisse de la recherche scientifique, sous la direction du professeur François WALTER, Département d'histoire générale, Faculté des lettres, Université de Genève, 1993.
- DROUX 1990. «Personnel soignant et médicalisation de l'Hôpital: des liaisons fiévreuses», dans *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*, édité par François WALTER, Genève, 1990.
- DROUX 1994. *L'école valaisanne d'infirmières de Sion (1944-1994)*, Sion, 1994.
- DULIEU 1953. DULIEU, Louis, *Essai historique sur l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, 1183-1950*, Montpellier, 1953.
- ELIAS 1974. ELIAS, Norbert, *La société de cour*, Paris, 1974.
- ELIAS 1991. *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.
- ELKELES 1988. ELKELES, Barbara, «Arbeiterautobiographien als Quelle des Krankenhausgeschichte», *Medizinhistorisches Journal*, vol. 23, cahier 1, 1988.
- EMCH-DÉRIAZ 1984. EMCH-DÉRIAZ, Antoinette, «L'enseignement clinique au XVIII<sup>e</sup> siècle», conférence d'histoire de la médecine, Facultés des lettres et de médecine, Universités de Genève et Lausanne, 5 et 6 juin 1984.
- FATIO 1910. FATIO, Guillaume, «Coup d'œil historique sur les œuvres philanthropiques genevoises», dans *Bureau Central de bienfaisance*, 44<sup>e</sup> rapport, 1910.
- FAURE et DESSERTINE 1991. FAURE, Olivier, DESSERTINE, Dominique, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles*, Oullins, 1991.



- FAURE 1981. *Genèse de l'hôpital moderne; Les Hospices Civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, 1981.
- FAURE 1994. *Histoire sociale de la médecine*, Paris, 1994.
- FAURE 1988. *La médicalisation de la société dans la région lyonnaise au XIX<sup>e</sup> siècle (1800-1914)*, thèse de doctorat d'Etat, Université Lyon II, 1988.
- FAURE 1996. «Les voies multiples de la médicalisation», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 43-4, octobre-décembre 1996, intitulé *Médicalisation et professions de la santé, XVI<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*.
- FISSEL 1991. FISSEL, Mary E., *Patients, Power, and the Poor in 18th-Century Bristol*, Cambridge, 1991.
- FOUCAULT 1979. *Les Machines à guérir; aux origines de l'hôpital moderne*, édité par Michel FOUCAULT, Bruxelles-Liège, 1979.
- FOUCAULT 1994. *Naissance de la clinique*, Paris, 4<sup>e</sup> édition, 1994.
- FRANCESCHETTI 1975. FRANCESCHETTI, Albert Th., «Jean-Pierre Maunoir, chirurgien-ophtalmologue genevois (1768-1861)», *Gesnerus*, vol. 32, 1975
- FRÈNE 1993. FRÈNE, Théophile Rémy, *Journal de ma vie*, édité par André BANDELIER, Cyrille GIGANDET et Pierre-Yves MOSCHLER, avec la collaboration de Violaine SPICHIGER, Porrentruy, 1993-1994, 7 volumes.
- GAUTIER 1906. GAUTIER, Léon, *La médecine à Genève jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle*, MDG 30, Genève, 1906.
- GEISENDORF 1959. GEISENDORF, Paul F., *L'Université de Genève, 1559-1959*, Genève, 1959.
- GELFAND 1973. GELFAND, Toby, «The Hospice of the Paris College of Surgery (1774-1793): "A Unique and Inevaluable Institution"», *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 47, 1973.
- GELFAND 1980. «Deux cultures, une profession», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 27, 1980.
- GÉLIS 1977. GÉLIS, Jacques, «Sages-femmes et accoucheurs; l'obstétrique populaire aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles», *Annales*, 32<sup>e</sup> année, n° 5, sept.-oct. 1977.
- GÉLIS 1979. «La pratique obstétricale dans la France moderne. Les carnets du chirurgien-accoucheur Pierre Robin (1770-1797)»,

- Annales de Bretagne et des pays de l'ouest*, tome 86, 1979, intitulé *La médicalisation en France du XVIII<sup>e</sup> au début du XX<sup>e</sup> siècle*.
- GÉLIS 1984. *L'arbre et le fruit; la naissance dans l'Occident moderne, XVI<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, 1984.
  - GÉLIS 1988. *La sage-femme ou le médecin; une nouvelle conception de la vie*, Paris, 1988.
  - GÉLIS, LAGET et MOREL 1978. GÉLIS, Jacques, LAGET, Mireille, MOREL, M.-F., *Entrer dans la vie; Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, 1978.
  - GOLAY 1984. GOLAY, Eric, «Egalité populaire et égalité bourgeoise à Genève au temps de la Révolution (1789-1798)», dans *L'Egalité*, travaux du centre de philosophie du droit de l'université libre de Bruxelles, vol. IX, Bruxelles, 1984.
  - GOUBERT 1974. GOUBERT, Jean-Pierre, *Malades et médecins en Bretagne, 1770-1790*, Rennes, 1974.
  - GOUBERT 1982. *Médicalisation de la société française, 1770-1830*, publié sous la direction de Jean-Pierre GOUBERT, Waterloo-Ontario, 1982.
  - GOUBERT et LEBRUN 1973. GOUBERT, Jean-Pierre, LEBRUN, François, «Médecins et chirurgiens dans la société française du XVIII<sup>e</sup> siècle», *Annales Cispines d'histoire sociale*, 4, 1973.
  - GRANSHAW 1989. GRANSHAW, Lindsay, «The Development of Hospitals in Britain since 1700 and their Changing Role in Health Care», in *History of Hospitals - The Evolution of Health Care Facilities* - édité par Yoso Kawakita, Shizu Sakai, et Yasuo Otsuka, Tokyo, 1989.
  - GRMEK 1983. GRMEK, Mirko D., *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Paris, 1983.
  - GUICHONNET 1989. GUICHONNET, Paul, «Le curé Vuarin et les Savoyards à Genève», dans *Mélanges d'histoire économique offerts au Professeur Anne-Marie Piuze*, réunis par Liliane MOTTU-WEBER et Dominique ZUMKELLER, Genève, 1989.
  - GUILLERMAND 1988. *Histoire des infirmières*, t. 1 intitulé *Des origines à la naissance de la Croix-Rouge*, publié sous la direction de Jean GUILLERMAND, Paris, 1988.

- GUTTON 1987. GUTTON, Jean-Pierre, «La mise en place du personnel soignant dans les hôpitaux français (XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles)», *Bulletin de la Société Française d'histoire des hôpitaux*, n° 54, 1987.
- HAVELANGE 1990. HAVELANGE, Carl, *Les figures de la guérison (XVIII-XIX<sup>e</sup> siècle); une histoire sociale et culturelle des professions médicales au pays de Liège*, Paris, 1990.
- HIRSCHBERG 1977. HIRSCHBERG, Julius, *Geschichte der Augenheilkunde*, Hildesheim-New York, 1977.
- HOLTZ 1985. HOLTZ, Cécile, «La Bourse française de Genève et le refuge de 1684 à 1686», dans *Genève au temps de la Révocation de l'Edit de Nantes, 1680-1705*, MDG 50, Genève-Paris, 1985.
- HUARD 1968. HUARD, Pierre, «Les Echanges Médicaux Franco-Anglais au XVIII<sup>e</sup> Siècle», *Clio Medica*, vol. 3, 1968.
- IMBAULT-HUART 1984. IMBAULT-HUART, Marie-José, «L'hôpital centre d'une nouvelle médecine (1780-1830)», in *Zusammenhang: Festschrift für Marielene Putscher*, Cologne, 1984.
- IMBAULT-HUART 1981. «Les chirurgiens et l'esprit chirurgical en France au XVIII<sup>e</sup> siècle», *Clio Medica*, vol. 15, 3/4, 1981.
- IMBAULT-HUART 1973. *L'Ecole pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822 ou l'influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement médico-chirurgical au XVIII<sup>e</sup> siècle et début XIX<sup>e</sup> siècle*, thèse présentée devant l'Université de Paris I, 1973.
- IMBERT 1993. IMBERT, Jean, «Mourir à l'hôpital», dans *La vie, la mort, la foi*, Mélanges offerts à Pierre Chaunu, Paris, 1993.
- IMBERT 1990. *La protection sociale sous la Révolution française*, publié par Jean Imbert, Paris, 1990.
- IMHOF 1977a. IMHOF, Arthur F., «The Hospital in the 18th Century: for whom?» *Journal of Social History*, vol. 10, 1977.
- IMHOF 1977b. «Die Funktion des Krankenhauses in der Stadt des 18e Jahrhunderts», *Zeitschrift für Stadtgeschichte, Stadtsoziologie und Denkmalpflege*, vol. 4, 1977.
- JAQUEMET 1992. JAQUEMET, Elisabeth, «Ecole normale des gardes-malades indépendantes de Lausanne: naissance de l'infirmier moderne?», *Equinoxe*, n° 8, automne 1992.

- JEWSON 1976. JEWSON, H. «The disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870», *Sociology*, vol. 10, 1976.
- JOERGER 1977. JOERGER, Muriel, «La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime», *Annales*, 32e année, n° 5, septembre-octobre, 1977.
- JONES 1989. JONES, Colin, *The Charitable Imperative; Hospitals and Nursing in Ancien Régime and Revolutionary France*, The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, 1989.
- JONES 1987. «Montpellier Medical Students and the Medicalisation of 18th-Century France», in *Problems and Methods in the History of Medicine*, édité par R. PORTER et A. WEAR, Londres, 1987.
- KEEL 1985a. KEEL, Othmar, «La problématique institutionnelle de la clinique en France et à l'étranger de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle à la période de la Restauration», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, t. 2, n° 2, 1985, pp. 183 à 204 pour la première partie de l'article, et vol. 3, n° 1, 1986, pp. 1 à 30, pour la seconde partie de l'article.
- KEEL 1985b. «The politics of health and the institutionalisation of clinical practices in Europe in the second half of the eighteenth century», in *William Hunter and the 18th-century medical world*, édité par W.F. BYNUM et Roy PORTER, Cambridge, 1985.
- KRÜGER 1993. KRÜGER, Laurent, «Mal vénérien et attitudes sociales au XVIII<sup>e</sup> siècle; les exemples de Marseille et d'Aix», dans *Maladies, médecine et société; approches historiques pour le présent*, Paris, 1993, 2 tomes.
- LACHMUND et STOLLBERG 1995. LACHMUND, Jens, STOLLBERG, Gunnar, *Patientenwelten; Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*, Opladen, 1995.
- LADAME 1907. LADAME, Paul Louis, «Un médecin aliéniste genevois précurseur: Gaspard De La Rive (1770-1834)», dans *XVII<sup>e</sup> Congrès de Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française*, Genève et Lausanne, 1907.
- LAMARRE 1993. LAMARRE, Christine, *Petites villes et fait urbain en France au XVIII<sup>e</sup> siècle; le cas bourguignon*, Dijon, 1993.
- LEBRUN 1995. LEBRUN, François, *Se soigner autrefois; médecins, saints et sorciers aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles*, Paris, Seuil, 1995.
- LÉONARD 1976. LÉONARD, Jacques, *Les médecins de l'ouest au XIX<sup>e</sup> siècle*, thèse présentée devant l'université de Paris IV, 1976.

- LÉONARD 1981. *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, 1981.
- LEURIDAN 1994. LEURIDAN, Corinne, *Dessine-moi une maison. Une réforme asilaire genevoise (1817-1838)*, mémoire de diplôme, Département d'histoire économique, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève, octobre 1994.
- LINDEMANN 1991. LINDEMANN, Mary, «Urban Growth and Medical Charity; Hambourg 1788-1815», in *Medicine and Charity before the Welfare State*, édité par Jonathan BARRY et Colin JONES, Londres, 1991.
- LOUIS-COURVOISIER 1994a. LOUIS-COURVOISIER, Micheline «La Discipline à l'Hôpital général de Genève», *Equinoxe*, n° 11, 1994.
- LOUIS-COURVOISIER 1994b «L'Hôpital général de Genève de 1780 à 1798: quelques indices de médicalisation», *Gesnerus*, vol. 51, 1994.
- LOUIS-COURVOISIER 1985. «L'Hôpital général et ses assistés, 1545-1555», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
- LÜTHY 1961. LÜTHY, Herbert, *La banque protestante en France; de la Révocation de l'Edit de Nantes à la Révolution*, t. 2, *De la banque aux finances, 1730-1794*, Paris, 1961.
- MAC KEOWN 1979. MAC KEOWN, Thomas, *The Role of Medecine*, Oxford, 1979.
- MAGGS 1993. MAGGS, Christopher, «A General History of Nursing: 1800-1900», dans *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, éd. par W.F. BYNUM et R. PORTER, t. 2, Londres, 1993.
- MARCACCI 1987. MARCACCI, Marco, *Histoire de l'Université de Genève, 1559-1986*, Genève, 1987.
- MAYER 1975. MAYER, Jean, «Introduction à l'étude de la correspondance de Jean-Pierre Maunoir (1768-1861)», *Gesnerus*, vol. 32, 1975.
- MAYER 1977. «Honoraires médicaux d'autrefois», *Revue du Vieux-Genève*, 1977.
- MILLER 1957. MILLER, Genevieve, *The Adoption of Inoculation for Smallpox in England and France*, Philadelphie, 1957.
- MOREL et QUÉTEL 1985. MOREL, Pierre, QUÉTEL, Claude, *Les médecines de la folie*, Paris, 1985.



- MORSIER 1975. MORSIER, Georges de, «La vie et l'œuvre de Louis Odier, docteur et professeur en médecine (1748-1817)», *Gesnerus*, vol. 32, 1975.
- MOTTU-WEBER 1990. MOTTU-WEBER, Liliane, «Les activités manufacturières», dans *L'économie genevoise, de la Réforme à la fin de l'Ancien-Régime; XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècle*, édité par Anne-Marie PIUZ et Liliane MOTTU-WEBER, Genève, 1990.
- MÜLLENER 1965. MÜLLENER, Eduard-Rudolph, «Six Geneva Physicians on Meningitis», *Journal of the History of Medicine*, janvier 1965.
- NOLAN 1993. NOLAN, P. W., «A History of the Training of Asylum Nurses», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, cahier 8, 1993.
- NUTTON 1990. NUTTON, Vivian, «The Reception of Frascatoro's Theory of Contagion: The Seed that Fell among Thorns?», *Osiris*, vol. 6, 2<sup>e</sup> série, 1990.
- OLIVIER 1926. OLIVIER, Eugène, *Médecine et santé dans le pays de Vaud au XVIII<sup>e</sup> siècle, 1675-1798*, Lausanne, 1926, tome II.
- OLIVIER 1955. OLIVIER, Jean, «Deux nouveaux registres de consultations du Dr Tronchin», *Revue médicale de la Suisse Romande*, vol. 75, 1955.
- OLIVIER 1937. «Les sociétés genevoises de médecine», *Revue médicale de la Suisse Romande*, vol. 57, 1937.
- OLIVIER 1949. «Les registres de consultations du Dr Tronchin», *Revue médicale de la Suisse Romande*, vol. 69, 1949.
- OLSON 1989. OLSON, Jeannine, *Calvin and Social Welfare; Deacons and the Bourse Française*, London and Toronto, 1989.
- PELISSIER 1996. PELLISSIER, Catherine, «La médicalisation des élites lyonnaises au XIX<sup>e</sup> siècle», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 43-4, octobre-décembre 1996.
- PERRENOUD 1978. PERRENOUD, Alfred, «La mortalité à Genève de 1625 à 1825», *Annales de démographie historique*, 1978.
- PERRENOUD 1981. «Surmortalité féminine et condition de la femme (XVII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles); une vérification empirique», *Annales de démographie historique*, 1981.
- PERRENOUD 1979. *La population de Genève, XVI<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles*, Genève, 1979.
- PERRET 1982. PERRET, Geneviève, *La paillardise à Genève, 1760-1764; étude sur la sexualité et les mœurs d'après les procès-criminels*, mémoire de licence, Département d'histoire économique, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève, mars 1982.

- PETER 1989. PETER, Jean-Pierre, «Dimensions mythiques des épidémies et sida», *Actions et Recherches Sociales*, n° 3-4, 1989.
- PETER 1979. «Les médecins français face au problème de l'inoculation variolique et de sa diffusion (1750-1790)», *Annales de Bretagne et des pays de l'ouest*, 1979, tome 86, intitulé *La médicalisation en France du XVIII<sup>e</sup> au début du XX<sup>e</sup> siècle*.
- PETER 1972. «Malades et maladies à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle», dans *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle*, publié par J.P. DESAIVE, Paris, 1972.
- PETER 1950. PETER, Marc, *Genève et la Révolution*, Genève, 1950, 2 tomes.
- PETER-STAMPFLI 1993. PETER -STAMPFLI, Madeleine-Elisabeth, *Die Alte Apotheke des Burgerspital Solothurn: ihre Geschichte - Ihre Rezepte*, Doctorat de Pharmacie, Faculté de médecine, Université de Berne, 1993.
- PICOT et THOMAS 1923. PICOT, Constant, THOMAS, Emile, *Centenaire de la Société médicale de Genève, 1823-1923*, Genève, 1923.
- PIUZ 1969. PIUZ, Anne-Marie, «Charité privée et mouvement des affaires à Genève au XVIII<sup>e</sup> siècle», dans les *Actes d'un colloque franco-suisse d'histoire économique*, (Genève, 5 et 6 mai 1967), Genève, 1969.
- PIUZ 1990. «De la ville héroïque à la ville fonctionnelle», dans *L'économie genevoise, de la Réforme à la fin de l'Ancien-Régime, XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles*, publié par Anne-Marie PIUZ et Liliane MORTU-WEBER, Genève, 1990.
- PIUZ 1978. «Jean Vian (vers 1690-1772) ouvrier italien réfugié à Genève», dans *Studi in memoria di Federico Melis*, vol. IV, 1978.
- PIUZ 1973. «Pauvres et pauvreté dans les sociétés pré-industrielles», *Revue suisse d'histoire*, vol. 23, 1973.
- PIUZ 1980. «L'alimentation hospitalière à Genève», dans *Lyon et l'Europe; hommes et sociétés*, Mélanges d'histoire offerts à Richard Cascon, Lyon, 1980.
- PORTER et PORTER 1989. PORTER Roy, PORTER, Dorothy, *Patient's Progress: Doctors and Doctoring in 18th Century England*, Cambridge, 1989.
- PORTER, R. 1989. PORTER, Roy, «The Gift Relation: Philanthropy and Provincial Hospitals in 18th Century England», in *Hospitals in History*, édité par Lindsay GRANSHAW and Roy PORTER, The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, Londres et New York, 1989.
- PORTER, R. 1985. «The Patient's View; Doing Medical History from Below», *Theory and Society*, vol. 14, 1985.

- PULZ 1996. PULZ, Waltraud, «Aux origines de l'obstétrique moderne en Allemagne (XVI<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles): accoucheurs contre matrones?», *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome 43-4, octobre-décembre 1996, intitulé *Médicalisation et professions de la santé, XVI<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*.
- PRALONG 1979. PRALONG, Elisabeth, *L'assistance à Genève pendant les premières années de l'Annexion à la France, du 15 avril 1798 à fin décembre 1799*, mémoire de licence dactylographié, Département d'histoire générale, Faculté des lettres, Université de Genève, juillet 1979.
- QUÉTEL 1986. QUÉTEL, Claude, *Le mal de Naples; histoire de la syphilis*, Paris, 1986.
- RAMSEY 1988. RAMSEY, Matthew, *Professional and popular medicine in France, 1770-1830; the social world of medical practice*, Cambridge, 1988.
- REY 1994. REY, Roseline, «Les relations entre savoirs et pratiques», dans *Pour l'histoire de la médecine; autour de l'œuvre de Jacques Léonard*, Rennes, 1994.
- RISSE 1986. RISSE, Guenter B., *Hospital Life in Enlightenment Scotland*, Cambridge, 1986.
- ROSE 1989. ROSE, Graig, «Politics and the London Royal Hospitals, 1683-1692», in *Hospitals in History*, The Wellcome Institute Series in the History of Medicine, Londres et New York, 1989.
- ROTH 1981. ROTH, Robert, *Pratiques pénitentiaires et théorie sociale; l'exemple de la prison de Genève (1825-1862)*, Genève, 1981.
- ROTH-LOCHNER 1992. ROTH-LOCHNER, Barbara, *Messieurs de la justice et leur greffe*, MDG 54, Genève, 1992.
- ROTH-LOCHNER et FORNARA 1985. ROTH-LOCHNER, Barbara, FORNARA, Livio, «Un bâtiment neuf pour des ambitions nouvelles», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps...*, Genève, 1985.
- SARDET 1992. SARDET, Frédéric, «Le 11<sup>e</sup> commandement: tu ne charlataniseras pas. La médecine et ses marges au début du XIX<sup>e</sup> siècle», dans *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*, édité par François WALTER, Genève, 1992.
- SCHÜLE 1975. SCHÜLE, Rose Claire, «Les guérisseurs d'Hérémenche (Valais)», *Gesnerus*, vol. 32, 1975.
- SHRYOCK 1956. SHRYOCK, R. H., *Histoire de la médecine moderne*, Paris, 1956.

- SIGRIST 1996. *Correspondance de Marc-Auguste Pictet; sciences et techniques*, édité par René SIGRIST, Genève, 1996.
- SNELL 1990. SNELL, J., «Coming of Age», *Nursing Times*, July 4, vol. 86, n° 27, 1990.
- STOLLBERG 1993. STOLLBERG, Gunnar, «Health and Illness in German Workers' Autobiographies from Nineteenth and Early Twentieth Centuries», *Social History of Medicine*, vol. 6, n° 2, 1993.
- STOTT 1995. STOTT, R. M., «The Library of Thomas Kincaid, a Seventeenth-Century Scottish Surgeon», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 12, n° 2, 1995.
- SWAIN 1977. SWAIN, Gladys, *Le sujet de la folie; naissance de la psychiatrie*, Toulouse, 1977.
- TEMKIN 1947. TEMKIN, Owsei, *The Double Face of Janus, and Other Essays in the History of Medecine*, Baltimore et Londres, 1947.
- TRENARD 1990. TRENARD, Louis, «L'idéologie révolutionnaire et ses incidences», dans *La protection sociale sous la révolution française*, publié sous la direction de Jean IMBERT, Paris, 1990.
- *Une Suisse heureuse; articles de l'Encyclopédie*, préfacé par François Walter, Genève, 1994.
- VIGARELLO 1985. VIGARELLO, Georges, *Le propre et le sale; l'hygiène du corps depuis le Moyen-Age*, Paris, 1985.
- VIGARELLO 1993. *Le sain et le malsain; santé et mieux-être depuis le Moyen-Age*, Paris, 1993.
- VOVELLE 1974. VOVELLE, Michel, *Mourir autrefois*, Paris, 1974.
- WALKER 1996. WALKER, Corinne, «Regards sur la ville», dans *Le voyage singulier*, Genève, 1996.
- WALSER 1975. WALSER, Hans H., «Zur Psychiatrie in der Westschweitz in 19. Jahrhundert», *Gesnerus*, vol. 32, 1975.
- WALTER 1990. WALTER, François, «La proto-médicalisation de l'Hôpital ou la définition d'une nouvelle spatialité durant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle», dans *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire; pour une histoire des soins infirmiers au XIX<sup>e</sup> siècle*, publié sous la direction de F. WALTER, Genève 1990.
- WEDDINGTON 1973. WEDDINGTON, Ivan, «The Role of the Hospital in the Development of Modern Medecine; a Sociological Analysis», *Sociology*, vol. 7, 1973.

- WEINER 1992. WEINER, Dora B., «Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December, 11, 1794: A Fundamental Text of Modern Psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, vol. 149, Juin, 1992.
- WIEDMER 1985. WIEDMER, Laurence, «Les glaciers de l'Hôpital au XVIII<sup>e</sup> siècle», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
  - WIEDMER 1986. «Carouge a faim; la crise de subsistance de 1816-1817», dans *Des hommes, une ville: Carouge au XIX<sup>e</sup> siècle*, Genève, 1986.
  - WIEDMER 1990. «Pauvreté et assistance», dans *L'économie genevoise, de la Réforme à la fin de l'Ancien Régime, XVI-XVIII<sup>e</sup> siècles*, publié par Anne-Marie PIUZ et Liliane MOTTU-WEBER, Genève, 1990.
- ZUMKELLER 1985. ZUMKELLER, Dominique, «Recettes et dépenses de l'Hôpital général de Genève, 1770-1783», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
- ZURBUCHEN 1985a. ZURBUCHEN, Walter, «Une grande figure oubliée: Abraham Joly», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.
  - ZURBUCHEN 1985b. «L'Hôpital Général de Genève au temps de la Révolution et de l'Empire, ou l'ère des tribulations», dans *Sauver l'âme, nourrir le corps; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.

\*\*\*

### Crédits des illustrations:

Figure 1: Vue cavalière prise du lac, effectuée par un auteur anonyme, 1655 (*Centre iconographique de Genève*).

Figure 2: Carnet d'un enfant assisté par l'Hôpital ; illustration tirée de *Sauver l'âme, nourrir le corps ; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.

Figure 3: Salle d'un hôpital londonien réservé aux femmes ; Gravure de Thomas Rowlandson, 1808 (*Bibliothèque des arts décoratifs, Paris*).

Figure 4: Un chirurgien-accoucheur (*British Museum*).



Figure 5: Scène du quotidien dans un hôpital ; Gravure datant de 1746 (*Germanisches Nationalmuseum, Nuremberg*).

Figure 6: Traitements administrés aux vénériens ; Gravure de Steven Blankaart, 1689 (*National Library of Medicine, Bethesda*).

Figure 7: Visite d'un hôpital d'aliénés (*Whitworth Art Gallery*).

Figure 8: Abraham Joly ; illustration tirée de *Sauver l'âme, nourrir le corps ; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.

Figure 9: Catherine Elisabeth Joly ; illustration tirée de *Sauver l'âme, nourrir le corps ; de l'Hôpital Général à l'Hospice Général de Genève*, publié sous la direction de Bernard LESCAZE, Genève, 1985.

Figure 10: Un chirurgien de campagne (*Bibliothèque nationale de France, Paris*).

Figure 11: Scène d'anatomie ; Gravure, vignette du titre de l'ouvrage de Jean-Jacques Mangel, *Theatrum anatomicum ...*, Genève, 1717.

\*\*\*

#### Abréviations:

- AEG: Archives d'Etat de Genève
- Arch. hosp.: Archives hospitalières
- P. C.: Procès criminels
- R. C.: Registre du Conseil
- Not.: notaire
- Genève, BPU: Bibliothèque publique et universitaire de Genève
- Lausanne, BCU: Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne
- MDG: Mémoires et documents de la Société d'histoire et d'archéologie

## INDEX GÉNÉRAL

---

### —A—

abcès: 42, 207, 208, 227  
Académie de chirurgie: 208, 214  
Académie de Genève: 184, 187  
Académie de Médecine de Paris: 196, 214  
accouchement: 44, 65, 66, 67, 68, 81, 195,  
211, 212, 215, 217, 226, 282, 285, 287,  
289, 290, 291  
Adelard, veuve: 151, 161, 175  
admission: XV, 3, 6, 7, 9, 14, 33, 48, 51, 52,  
55, 61, 65, 71, 81, 85, 107, 182, 232,  
241, 262, 264, 265, 268  
Aigle: 132  
aliénés: XV, 38, 40, 43, 53-57, 58, 70, 118,  
120-122, 127, 129, 132, 136, 137, 143,  
147, 161, 162, 164, 166, 171, 172, 173,  
182, 252, 253, 257, 262, 268, 269, 277,  
278  
Allemagne: 11, 19, 183, 184, 188, 223, 255  
Amat, Charles J.: 89  
amputation: 46, 158, 194, 207, 212  
anatomie: 184, 187, 189, 193, 194, 209,  
213, 215  
Angleterre: 170, 183, 184, 205, 239, 264  
Arlaud, André: 230  
Arras: 250, 282  
Aubert, Antonin: 53, 122, 239, 265, 277  
Autriche: 110  
Azémar, veuve: 151, 161

### —B—

Baden: 167  
Badollet, Jérémie: 136

bains: 53, 79, 111, 112, 167, 299  
Ballexert, David: 235, 236  
Bamberg: 11, 108, 110, 123, 223, 296  
Bandillon, infirmier: 162, 163  
Bandillon, veuve: 152, 163, 168, 268  
Baud, Jacques: 53  
Baumgartner, Jean: 74, 281  
Baute, veuve d'Abraham: 53  
Beaune: 109, 142, 150  
Bel Air: 174  
Bellamy, Pierre: 92  
Belles-Filles, rue des: 177  
Bergue, Jacob: 29  
Berne: 112  
Berthoud, Françoise: 58  
Bertoud, Georgette: 34  
Besançon, époux: 150  
Bessole, capitaine: 26  
Besson, Jeanne-Marie: 254  
Bethleem, hôpital, Londres: 122  
Bienne: 201  
Bizot, Suzanne: 256, 257  
blessure: 43, 51, 52, 180  
Boerhaave, Hermann: 185  
Boidard, Isaac: 92, 126  
Boidard, Marie-Olympe: 126  
Boissière, campagne de la: 102  
Bonardet, Jacques: 105  
Bonnet, Jean-Jaques: 66  
Bordeaux, hôpital: 109  
Borel, maître: 29  
Bornand, Jeanne: 28  
Bourgogne: 40

Bourse allemande: 19, 32, 34, 35, 36  
 Bourse française: 11, 20, 34, 35, 36  
 Bourse italienne: 19, 20, 34, 35, 36  
 Bousquet, Rose: 51  
 Bouvier, Françoise: 23, 24  
 Bouvier, veuve: 150  
 Bovet, infirmier: 50, 162, 163  
 Branchu, Antoine: 29  
 Brauer, aide-chirurgien: 233  
 Brisset, Charles: 255  
 Bristol: 68, 233, 246  
 Brugnier, veuve: 150, 153, 158, 159, 169  
 brûlure: 43  
 Buchon, Moïse-Pierre: 134, 288  
 Bugnon, Marc: 254  
 Bureau de Bienfaisance: 20, 75, 232, 278  
 Burnet, Jean: 92, 248  
 Burnier, Henriette: 248  
 Butini, Pierre: 238, 277, 279, 286

—C—

Cabanis, François-David: 53, 191, 230, 281  
 Caille, Mademoiselle: 125  
 Calame, Jean Zaccharie: 254  
 Calandrini, syndic: 268  
 Campardon, citoyenne: 163  
 cancer: 42, 45, 46, 163  
 Car, Marie: 69  
 Cartier: 271  
 Cartigny: 26  
 Cassin, Elisabeth, veuve La Colombière: 144, 166, 167, 169  
 Cassin, Enemond: 257  
 Chabrol, Louise: 169  
 Chalande, Susanne: 32  
 Chambre des tutelles: 20  
 Champury, Elisabeth: 169  
 Champury, Louis: 22  
 Chana, Jean-Antoine de La: 256  
 Chancy: 26  
 Chapeaurouge, Ami de: 92, 102, 103  
 Chaponnière, Edouard: 247  
 Charles, Bénédict: 149  
 Charles, Pierre-Antoine: 251  
 Chedecre, Jeanne-Marie: 65, 66  
 Chêne: 49, 247, 262  
 Chester: 109  
 Chevalier, Isabelle Marguerite: 33

Chevalière, Jean: 29  
 Chipolet, citoyenne: 164  
 Claparède, Claude Philippe: 91  
 Clermont: 157  
 Coindet, Jean-Charles: 233, 239  
 Coindet, Jean-François: 232, 234, 235, 239, 265, 278  
 Colladon, Jean-Pierre: 226, 228, 233, 265, 278  
 Collège Royal de chirurgie: 196, 231  
 Combe, Sara de la: 72  
 Compiègne, Edit de: 217  
 Consistoire: 97  
 consultation: 199, 200, 201, 204, 207, 220, 227  
 contagion: 48, 49, 58, 60, 68, 70, 108, 110, 114  
 convulsions: 45  
 Cougnard, Henriette: 256  
 Cox, Joseph: 54  
 Cramer, Jean-Antoine: 229, 278  
 Cugni, Marianne: 65, 66  
 Cullen, William: 185, 231

—D—

d'Anteny, Antoinette: 142  
 d'Orsière, Pernette: 69  
 Dansse, Pierre: 125, 127, 136  
 Daquin, Joseph: 56  
 dartres: 42, 49  
 De Brus, Philippe: 32  
 De Crue, Paul: 54  
 De la Rive, Gaspard: 54, 56, 173, 204, 220, 257, 278  
 De Coppet, pasteur: 132  
 Deharsu, Jaques: 32  
 Delacharnière, Théodore, fils de Jean: 29  
 Delage, André: 29  
 Deleiderrier, François: 48  
 Delor, Marguerite: 247  
 Département du Léman: 39, 67, 94, 278  
 Depierregrosse, Jean-Pierre: 74  
 Deredis (?), Françoise: 51  
 Deroches, Jean-Jaques: 265, 279  
 Desange, Jean-Jaques: 51  
 Deserve, André: 55  
 Devaux, Madeleine: 169  
 Dijon: 108  
 Discipline, la: 53, 56, 57, 145, 160, 166

dissection: 189, 193, 196, 208, 235, 236  
 Dorier, Suzanne: 252  
 Du Pan, Barthélemy: 125  
 Dubois, Judith: 54  
 Ducoster, Pierre Aimé: 23  
 Dunand, Bernard: 209  
 Dunant, Charles Guillaume: 121, 122, 223, 279  
 Duncan, Andrew: 185  
 Dupin, Jean-Pierre: 194, 195  
 Durabour, infirmier: 151  
 Durand, Abraham: 258  
 Durroisin, François: 255  
 Duteil, Henry et Marie-Madeleine: 29

—E—

Ebrahi, Jacob: 166, 169  
 Ebrahi, gouvernante: 169  
 Eckert, David: 159  
 Eckert, époux: 159  
 Ecole pratique de dissection: 196  
 Ecole Royale de chirurgie: 189  
 Ecosse: 183  
 écrouelles: 42  
 Edimbourg, Infirmerie de: 68, 72, 184, 185, 217, 235, 278, 279, 280  
 Ellis, William: 172  
 Emery, Andrienne: 256  
 Emery, Pernelle: 169  
 enfermement: 29, 30, 55, 56, 57, 58, 61, 151, 257  
 épilepsie: 45, 105, 106  
 érésypèle: 42  
 Estre, Anne: 169  
 étisie: 167  
 Etourneau, Gabrielle: 25

—F—

Falquet, Gabriel: 4  
 fausse-couche: 44  
 fausse rache: 42, 49, 51, 70, 107, 157, 173, 176, 178, 224  
 Favre, Jeanne: 256  
 Favre, Marie: 55  
 Ferney-Voltaire: 207  
 Ferrin, Pierre: 252  
 fièvre: 24, 41, 68, 69, 187, 235, 249, 277, 279  
 Fine, Pierre: 61, 118, 164, 222, 235, 281

Fischer, Carl: 255  
 Flournois, Jean: 125  
 Fol, Louis: 233, 237  
 Fol-Lugrin, Aimée: 169  
 Fontaine, Marie: 129  
 Fordyce, Docteur: 185  
 France: 19, 28, 116, 181, 183, 186, 189, 196, 197, 211, 212, 217, 225, 227, 238, 280, 286, 290  
 fracture: 43, 51, 213  
 Fregosi de la Pierre, Jeanne Gaetane: 252  
 Frêne, Théophile: 200, 201  
 Fuller, Thomas: 155  
 Fuzier-Cayla, Guillaume: 92

—G—

Gachet, veuve: 160  
 gale: 41, 42, 48, 49, 195, 244, 254, 257  
 Gallatin, Paul: 105  
 Gallopin, Monsieur: 254  
 gardes-malades: 145, 149  
 Gardiol, Marie: 169  
 Gasparin, Agénor et Valérie de: 147  
 Gasparin, Valérie de: 147  
 Gautier, Jeanne Suzanne: 22, 23, 25  
 Gay, Jeanne: 169  
 Gervais, Jeanne Marie: 169  
 Geymet, André: 60  
 Gilibert, J. E.: 132  
 Giron, Jean-Louis: 72  
 Gosse, Hippolyte Albert: 186  
 Göttingen: 62, 123, 184, 277, 278  
 goutte: 44  
 Grande-Bretagne: 62, 114, 221, 280  
 Grenoble: 12  
 Gros, Jean-François et Suzanne: 169  
 Gros-Bourdillat, François: 152, 153  
 Guillem, Antoine: 216  
 Guillermet, Dorothée: 252  
 Guiot, Martin: 30  
 Guyot, Daniel: 59, 65, 74, 113, 116, 211, 213-215, 216, 217, 230, 235, 240, 286

—H—

Haas, David ou Abraham: 50, 151, 153, 154, 155, 157, 159, 161, 167, 168, 169, 173, 174, 177, 178, 269

Haas, gouvernante: 153, 154, 159, 167, 175, 176, 177  
 Haberiôt, Gabrielle: 66  
 Halle: 21  
 Hambourg: 80, 138  
 Hamilton, Georges: 32  
 hernie: 44, 46, 74, 76, 194, 207, 209  
 Hollande: 184  
 Horneca, pasteur: 253  
 hydropisie: 44, 46  
 hygiène: 81, 108, 112, 113

—I—

imbécile: 43  
 inoculation: 46, 113-118, 214  
 Institut de France: 212, 280  
 Italie: 184

—J—

Joly, Abraham: 1, 6, 10, 36, 38, 51, 56, 75, 79, 128-132, 243, 245, 246, 247, 248, 251, 257  
 Joly, Gaspard: 229  
 Juhlan, Auguste: 26  
 Juliuspsital, Würzburg: 41, 73  
 Jurine, Louis: 67, 183, 186, 192, 194, 197, 203, 205, 206, 207, 212, 213, 220, 231, 234, 238, 239, 282  
 Jussy: 26  
 Juventin, Jean-Jacques: 32, 262

—L—

La Colombière, Charles: 144  
 La Crottet: 160  
 Laballe, Madeleine: 169  
 Le Cointe, Jean: 136  
 Lafforgue, citoyenne: 163  
 Laget, Marguerite: 169  
 Lamon, fils, chirurgien: 195  
 Landes, infirmier: 157  
 Languedoc: 50, 191  
 langueur: 4, 47, 69  
 Larpin, Jean-François: 210  
 Lausanne: 52, 112, 133, 147, 201, 202, 203, 204, 208, 211, 218, 227, 231, 287, 288, 291  
 Lechet, Etienne: 53  
 Lenoir, Françoise: 4  
 Lenoir, Jeanne: 4

Lenoir, Louis: 4  
 Lesage: 32  
 Levrier, distillateur du roi: 105  
 Leyden: 184, 185, 186, 278  
 Lianna, Jean-Louis: 257  
 Liaudet, Jean-Louis: 162  
 Liaudet, Isabelle: 169  
 Lombard, Henri: 199, 244  
 Londres: 69, 104, 117, 137, 185, 186, 278, 279  
 Londres, hôpital de St-Barthélemy: 112  
 Londres, hôpital de St-Thomas: 110, 111, 185  
 Louis, Antoine: 196, 286, 289  
 loupe: 42, 46  
 Lugin, Abraham: 251  
 Lullin, Elisabeth: 169  
 luxation: 43, 195  
 Lyon: 5, 58, 62, 65, 72, 73, 75, 78, 88, 122, 218, 225, 235, 240, 287, 289, 290

—M—

Macaire, Jérémie: 193, 194  
 maladies vénériennes: 42, 58, 61, 182, 210, 211, 212, 214, 217, 235, 273  
 Mallet, Jean: 104, 105  
 Manchester, Infirmerie de: 112  
 Mandement: 132, 209  
 Manget, Jean-Jacques: 223, 230, 279  
 Marcet, Antoine: 105  
 Marignac, François Pierre de: 229  
 Martin, Madeleine: 169  
 Martin, Pierre: 109  
 Masbou, Jean-Louis: 268  
 Matthey, Jacques André: 188, 280  
 Maudry, Judith: 169, 175, 176  
 Maunoir, Charles: 194, 282  
 Maunoir, Jean-Pierre: 65, 194, 197, 207, 211, 220, 231, 236, 282  
 Maurice, Frédéric Guillaume: 87, 91, 92, 95, 105  
 May, Anne-Marie: 258  
 médicalisation: 34, 38, 224, 299  
 Mélan, Jean: 258  
 mélancolie: 43, 51, 155, 173, 256  
 mendiants: XV, 30, 31, 102, 120, 173, 194  
 Merlaz (?), Marguerite: 169  
 Meschinot, Etienne: 213, 215-217, 282  
 Mestral, Charles Ami: 252



Milan: 21  
 Miroglio, Aimé: 187, 280  
 Mollet, Michel: 32  
 Monroe, Thomas: 122  
 Montpellier: 12, 87, 128, 266, 277, 279, 280  
 Morin, André: 252  
 Morin, Jaques-Charles: 195, 207  
 Mouchon, Philippe: 23  
 Moulton, Guillaume: 129  
 Moynier, Claude: 49, 50  
 Mustan, Jean: 190

—N—

Narbonne: 26  
 Naville, François: 65  
 Neuchâtel: 112, 200, 295  
 Newcastle: 40  
 Neydens: 253  
 Nicaud, Marguerite: 169  
 Nightingale, Florence: 147  
 Nîmes: 73, 83, 96, 224, 245  
 Nourrisson, André F.: 89, 94

—O—

Odier, Louis: 21, 42, 69, 70, 75, 116, 183, 185, 186, 187, 191, 197, 200, 202, 203, 218, 219, 220, 221, 231, 232, 238, 239, 246, 249, 278, 279, 280  
 opération: 40, 46, 191, 193, 194, 195, 205, 206, 207, 212, 218, 220, 224, 225  
 Orelet, Françoise: 49

—P—

Palud, Esaïe: 29  
 Pancier, chirurgien: 210  
 Papet, Augustin: 253  
 Paquet, Jean-Pierre: 56  
 Paré, Ambroise: 60, 285  
 Paris: 59, 108, 128, 150, 183, 184, 185, 186, 192, 195, 208, 212, 213, 214, 231, 238, 246, 274, 278, 280, 282  
 Paste, François: 74  
 Pasteur, Marie: 169  
 Pasteur, veuve: 256  
 Pautex, Samuel: 254  
 Pavie, clinique de: 231  
 Pecoud, Marie: 169  
 Pelegrin, Alexandre: 262

Peluchet, Jean-Louis: 25  
 Percival, Thomas: 204  
 Pernoud, veuve: 149  
 Perrier, Judith: 152  
 Perrinet-Des Franches, Horace-B.: 62, 109  
 Peschier, Jean: 122, 194, 220, 280  
 Petit Saconnex: 23  
 Petit, Antoine: 206  
 Petit, Jeanne Françoise: 30  
 petite vérole: 42, 113, 115, 116, 117, 245, 246  
 Petout, Madeleine: 66  
 pharmaciens: 155  
 phtisie: 46, 69, 70, 203  
 Pictet de Rochemont, Charles: 105  
 Pictet, Marc-Auguste: 105  
 Piémont: 190, 213  
 Pinel, Philippe: 56  
 Piozet, Isabelle: 254  
 Plainpalais: 209  
 Ponçon, Henri: 175  
 Pons, David: 191  
 Pouzai, Louis: 247  
 Pressy: 102  
 Prévost, Jean-Louis: 125, 233

—R—

rache: 42, 49  
 rage: 44  
 Raymond, Ami: 73  
 Redard, Rodolphe: 4  
 remède secret: 50, 107, 157, 176, 178  
 Renaud, Madeleine: 169  
 Revaclier, Pierre: 258  
 Reymond, Jeanne Marie: 4  
 rhabilleurs: 107, 226, 227, 228, 241  
 Richard, Elisabeth: 166, 258  
 Rilliet, Barthélemy: 91  
 Riom: 157  
 Robert, Jean: 251  
 Rome: 6, 21  
 rougeole: 42  
 Rousset, Jeanne Marie: 5  
 Roux, Alexandre: 23  
 Roux, Suzanne: 150  
 Roy, Nicolas: 255  
 Royer, veuve: 169  
 rhumatisme: 44

Russin: 29

—S—

Sabourin, Antoine: 191, 192, 282

Sacirère, Henri: 134, 135

sages-femmes: 62, 107, 123, 197, 211, 213, 215, 226, 228, 282

Saint-Gervais: 254

Saint-Vincent-de-Paul: 141

Salisbury, Infirmerie de: 148

santé publique: 58, 61, 70, 107

Sara, Jean de la: 69

Sarasin, Alexandre: 74, 134, 135, 136

Saussine, Abraham: 57

Say, veuve: 154, 159

Schiltach: 174

Scholl, Friedrich Salomon: 201

Schönlein, Johann Lukas: 41

scrophule: 42

Segmuller, veuve: 163, 168

Selestat: 87

Senebier, Jean: 207

Serin: 79, 154, 156

Servières, Jeanne Marie: 146, 168, 169

Shrewsbury: 246

Signoret: 114

Société de Médecine: 188, 239

Société économique: 93, 241

Société médicale: 188, 278

Société médico-chirurgicale: 186, 191, 202, 218, 221, 239

Soleure: 62

Sonnet, Pierre: 247

Soulier, Jean-Jacques: 30

Spielmann: 56

Stockholm, Eglise française: 134

Suède: 132

Suisse: 76

Sylvestre, Pierre: 272, 280

—T—

Tadini, chevalier: 224, 225

Tenon, Jaques: 146, 160, 231

Teron, Jean-Pierre: 256

Terras, Jean-Pierre: 194, 195, 196, 206, 226, 227, 228, 238, 247, 265, 282, 283

Tetlen, Peronne: 28

Tissot, Samuel: 132, 133, 198, 201, 202, 203, 204, 208, 211, 218, 227, 231, 245, 287, 291

Tivent, Suzanne: 159

Toscane: 188

Touche, Jean de la: 76

Toulouse: 26

Tournus: 245

Tregony, Justine: 253

Trembley, Abraham: 90, 113

Trembley, Jean-Jaques: 114

Tronchin, Jean: 89, 186

Tronchin, Théodore: 113, 189, 200, 201, 202, 238

Tronchin-Boissier, Jean-Robert: 102

Turin: 137, 189

Turin, hôpital San Giovanni: 84

Turretin, Marc: 114

typhus: 109

—V—

vaccination: 46, 113, 115

vagabonds: 30, 31

Valence: 184, 278, 279, 280

Valoton, Jean: 147

Valoton, infirmière: 173

variole: 262

Vasserot, Jean: 115

Vaud, Pays de: 40

Veillard, Antoine: 76

vénéériens: 40, 58-61, 78, 109, 115, 116, 118-120, 123, 137, 143, 144, 145, 149, 157, 160, 166, 167, 173, 177, 178, 211, 216, 228

vermine: 42, 194

Verrières: 4

Vian, Jean: 18

Vienne: 21, 123, 236, 280, 291

Vieusseux, Gaspard: 220, 285, 289

Vignier, Pierre: 189

Villefranche: 73

Villemagne: 191

Vilmejane, chirurgien: 194

Vingre, veuve: 169

Viridet, Jean-Louis: 30

Vitet, Louis: 170

Voan, Jean: 54

Voullaire, Françoise: 256

Voullaire, Jean: 134

—W—

Wittepy, Jean-François: 81

—Z—

Zouber, Françoise: 161

IMPRIME  
RIE MEDE  
CINE **m+h**  
HYGIENE

mai - 2000

# Soigner et consoler

La vie quotidienne dans un hôpital  
à la fin de l'Ancien Régime

A quoi sert un hôpital sous l'Ancien Régime? On croit à tort que la fonction de cette institution se limitait à une action sociale, et parfois répressive, sans jouer un quelconque rôle de soins. Pourtant la pauvreté n'est pas le seul critère d'admission au sein d'un tel établissement. L'hôpital peut en effet offrir une réponse adéquate au soin de plusieurs maladies bien délimitées. D'autre part, s'il est vrai que le corps médical n'exerce souvent qu'une influence restreinte dans certains hôpitaux, on s'aperçoit aussi que les malades sont pris en charge par d'autres soignants, dont l'action thérapeutique se révèle efficace. Repérer les conditions implicites mais nécessaires à l'admission du malade dans l'hôpital, suivre son parcours dans l'institution, identifier les différentes catégories de personnes qu'il va rencontrer lors de son séjour hospitalier: tels sont les objectifs de ce livre, qui a pour dessein de restituer la multiplicité et la richesse des rôles médicaux d'un hôpital de l'Ancien Régime.

*Micheline Louis-Courvoisier est licenciée en histoire, docteur ès lettres de la Faculté de Genève. Spécialisée en histoire de la médecine, elle s'est principalement intéressée à l'histoire des malades, de la perception de la maladie et des différents soignants qui cohabitent sous l'Ancien Régime. Travaillant dans le cadre de l'Institut romand d'histoire de la médecine, elle mène actuellement une recherche sur les consultations épistolaires adressées par des malades au Dr Tissot, célèbre médecin lausannois de la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle.*

La *Bibliothèque d'histoire de la médecine et de la santé*, publication de l'Institut romand d'histoire de la médecine (Universités de Genève et Lausanne), a pour vocation de faire paraître des ouvrages, monographies ou recueils, fruits des recherches liées à l'Institut romand. Ces travaux, s'adressant à la fois aux spécialistes et à un public ouvert, privilégient les approches pluridisciplinaires et tiennent compte des développements récents dans le champ en pleine expansion de l'histoire de la médecine et de la santé.

2-8257-0694-9



9 782825 706947