



HAL
open science

Soigner et guérir. Des hôpitaux pour les travailleurs parisiens dans le second XIXe siècle.

Claire Barillé

► **To cite this version:**

Claire Barillé. Soigner et guérir. Des hôpitaux pour les travailleurs parisiens dans le second XIXe siècle.. Histoire. Université de Paris Nanterre, 2007. Français. NNT: . tel-02540212

HAL Id: tel-02540212

<https://hal.univ-lille.fr/tel-02540212v1>

Submitted on 10 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE PARIS X NANTERRE
École doctorale Économie, Organisations, Société

**SOIGNER ET GUÉRIR. DES HÔPITAUX
POUR LES TRAVAILLEURS PARISIENS DANS
LE SECOND XIX^e SIÈCLE**



Thèse pour le Doctorat d'histoire du monde contemporain
Présentée et soutenue publiquement par Claire **BARILLÉ**

Le 13 décembre 2007

Directeur de thèse :
Francis DÉMIER

Jury :

Mme Florence **BOURILLON**, Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Paris XII

M. Francis **DÉMIER**, Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Paris X

M. Pierre **GUILLAUME**, Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Bordeaux

M. Michel **LESCURE**, Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Paris X

M. Yannick **MAREC**, Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Rouen

Illustration de couverture : carte postale de l'entrée de l'hôpital Lariboisière un jour de visite, années 1880. Archives de l'Assistance publique, B-6057.

Remerciements

Je voudrais avant tout remercier Francis Démier d'avoir bien voulu diriger mes recherches doctorales, de son intérêt bienveillant, de la chaleur de son accueil comme de la confiance qu'il a toujours manifesté vis-à-vis de mes travaux. Ma reconnaissance va également aux membres du laboratoire de recherches IDHE, *Institutions et dynamiques historiques de l'économie* (UMR 8533), au sein duquel j'ai été accueillie, et grâce auxquels j'ai pu partager mes savoirs, mes projets, et mes interrogations avec d'autres chercheurs. Francis Démier m'a permis de rencontrer nombre d'enseignants, dans des domaines divers, qui n'ont pas hésité à prendre de leur temps pour me guider, particulièrement en début de thèse. Je veux ainsi saluer Olivier Faure, Isabelle Von Bueltzingsloewen, Denis Pelletier à Lyon, mais aussi Olivier Dard et Michel Margairaz pour leur généreux conseils.

D'autres enseignants-chercheurs ont contribué à la progression de mes recherches. Certains influencèrent mon approche de l'histoire, d'autres m'ont encouragé dans mon enseignement universitaire à Nanterre, ou à Paris. Que soient ici chaleureusement remerciés Nicole Edelman, Gilles Le Béguet, et Bruno Belhoste, Michel Lescure, Olivier Wieviorka. Ils ne soupçonnent pas à quel point leurs conseils divers, leurs remarques pertinentes, mais surtout la confiance dont ils firent preuve à mon égard furent appréciés.

Je veux également saluer mes collègues de l'Université de Paris X qui m'ont accueillie avec amitié, lorsque j'ai été ATER, particulièrement Anne-Claude Ambroise-Rendu, Isabelle Moret-Lespinet, Stéphanie Samson, Patrice Baubeau, David Colon, Olivier Feiertag, Gilles Ferragu, François Gallice, Frédéric Tristram. Merci à Gilles pour la relecture attentive de mon travail.

Je souhaite également remercier tout particulièrement le personnel des Archives de l'Assistance publique, sans lequel ce travail n'aurait pas été possible. Par leur constante gentillesse, par leur accueil et les indications qu'il m'ont données, tous les membres du service ont participé à mon travail de recherche. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma gratitude. Rosine Lheureux, conservatrice des Archives de l'Assistance publique a toujours témoigné d'un intérêt stimulant pour mes travaux. Maylis Mougnot, Carole Martin, Sylvie Stepe, Réjane Cristanté, Marie-France Collignon, Sophie Riché, Stéphane Rodriguez, Pascal Huchet ignorent sans doute à quel point leur présence a constitué une aide tout au long de mon travail. Mes échanges en Belgique ont été rendus possible par la très sympathique rencontre avec David Guillardian, archiviste-conservateur du centre public d'aide sociale de Bruxelles. Pierre-

Louis Laget enfin a stimulé mon travail par ses riches connaissances en histoire de la médecine.

Beaucoup de mes amis seraient surpris de voir figurer leur nom dans ces remerciements tant l'histoire de l'hôpital leur est étrangère. Pourtant c'est grâce à leur soutien, à leur enthousiasme, à leurs relectures que j'ai pu aller jusqu'au terme de cette étude. Un grand merci à Mathilde Larrère, Laure Machu, Laurence Montel, Emmanuel Larroche pour leurs lectures scrupuleuses et attentionnées. Merci aussi à Camille Jouve et Emmanuel de Lescure pour leur aide précieuse et leur soutien dans la mise en forme de ce travail. La rencontre et les discussions avec Virginie Palisse et Anne-Gabrielle Büntz m'ont été bénéfiques. Valérie Barbaret, Olivier Bertrand, Hélène Blais, Florence et Thierry Chaucheyras, Judicaël Chevalier, Géraldine Damnati, Éléonore Faucher, Nicolas Gillain et Michaëlle Gagnet, Thomas Roman, Valérie Scaon, Dominique Val m'ont constamment soutenue par leur estime bienveillante et leurs témoignages de sympathie. Je me suis largement laissée porter par leur encouragements. Et si rarement je leur ai dit, je l'exprime aujourd'hui en toute amitié.

C'est enfin à ma famille que je veux dire ma profonde reconnaissance. Ma mère et ma sœur m'ont toujours encouragée dans la recherche et les études supérieures. Leur soutien me fut infiniment précieux. Elles savent ce que je leur dois. Frédéric le sait également.

À la mémoire de mon père et de ma grand-mère.

Introduction

Si l'histoire hospitalière semble connaître un regain d'intérêt¹ depuis quelques années, elle a longtemps été l'affaire de ses propres acteurs. Médecins et administrateurs eurent en effet le monopole de la chronique d'un lieu dont ils avaient l'exclusif souci : l'hôpital. Questionner la renaissance de cette histoire suppose au préalable d'éclairer la période qui l'a précédée. En premier lieu, nombre d'hommes politiques et d'administrateurs ne le décrivent dans leurs écrits, mémoires et rapports, au fil d'évocations comptables², que sous les traits d'une institution parmi d'autres, dispensant l'assistance et la charité.

¹ Le colloque « Corps, santé et société » de 2002, sous l'égide de l'université de Paris XIII, témoigne de cette volonté, concrétisée par la signature d'une convention entre le CRESC (Centre de recherches, espaces, sociétés, culture) et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris « d'exploiter plus largement les archives hospitalières concernant l'histoire du corps, de la santé, de leurs rapports avec la société » in BELMAS E., MICHEL M-J, *Corps, santé, société, Paris*, Nolin, 2005, p. 4. On peut également citer le colloque de janvier 2006 qui s'est tenu à Fécamp « Hôpitaux, médecine et société du Moyen Age à nos jours. Expériences régionales et perspectives nationales »(actes à paraître) sous le patronage de l'Institut de recherches en sciences humaines et sociales de l'Université de Rouen. La même année a vu encore l'organisation d'un autre colloque « L'encadrement des hôpitaux dans la France du Nord et en Belgique du XII^e au XX^e siècle. Permanences et ruptures » par l'Université de Picardie Jules Verne (Amiens, 30-31 mars 2006, actes à paraître dans la *Revue du Nord*). Enfin le colloque international pluridisciplinaire « La santé et sa mémoire. Les archives médicales et leurs ressources »(actes à paraître) organisé à Bruxelles les 15, 16 et 17 mars 2007 par les Archives et Bibliothèques de Belgique soulignent encore ce renouveau. Par ailleurs, la mise en œuvre, du 19 juillet au 28 août 2007, d'une exposition sur les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle par l'Action Artistique de la Ville de Paris, accompagnée par la sortie d'un catalogue collectif coordonné par F. DEMIER et C. BARILLE, *Les maux et les soins. Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Paris, AAVP, 2007, illustre bien l'intérêt de la problématique parisienne dans l'histoire des hôpitaux.

² Les différents rapports du baron de Watteville parus entre 1851 et 1854 en sont une illustration, en particulier le *Rapport à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur l'administration des hôpitaux et des hospices*, Paris, Imprimerie nationale, 1851. On peut également citer sous le Second Empire, assez attentif aux conditions de vie des populations les plus fragiles, une enquête à l'échelle nationale, lancée par le Ministre de l'Intérieur Forcade de la Roquette, et intitulée *Situation administrative et financière des hôpitaux et des hospices de l'Empire. Documents recueillis et mis en œuvre par les Inspecteurs généraux de Bienfaisance sous la direction de M. de Lurieu*, Paris, Imprimerie impériale, 2 vol., 1869.

En second lieu, ce sont les médecins qui évoquent longuement l'institution hospitalière aux XIX^e et XX^e siècles. Occasion leur est ainsi offerte d'évoquer leur cadre de travail dont la description³ n'évite pas l'anecdote⁴, mais également le misérabilisme⁵ ou la complaisance⁶. L'objectif n'est pas tant de faire une histoire de l'hôpital que de raconter les étapes successives des progrès de la science médicale dans une optique positiviste et héroïsante. L'hôpital est uniquement abordé dans ces ouvrages comme un décor. Il n'échappe pas en effet aux prénotions tenaces qui en font le laboratoire des progrès médicaux, sous l'action d'illustres praticiens hospitaliers, mais où le pauvre et l'ouvrier paresseux, profiteurs de la richesse de l'Assistance publique⁷, trouvent un réconfort facile. Les ouvrages⁸ de Pierre Pasteur Valléry-Radot se détachent de cet ensemble : abordant les hôpitaux avec le souci de proposer une synthèse nuancée et bien informée, ce descendant de Pasteur fait oeuvre de vulgarisation historique sans tomber dans le travers de l'anecdote.

Un autre domaine de l'histoire hospitalière nous est accessible par les écrits administratifs, qui connaissent au cours du XIX^e siècle un essor sans précédent, suite à la naissance en 1849, de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris. Désormais, les différents directeurs de l'Assistance publique⁹ sont attachés à publier des travaux qui légitiment, justifient et défendent leur action particulière dans le domaine hospitalier. Celui-ci est en effet le volet

³ MEDING H. (Dr), *Essai sur la topographie médicale de Paris. Examen général des conditions dans lesquelles cette ville est placée*, Paris, Baillière, 1852. Dans cet ouvrage, qui se veut une suite et une remise à jour de l'ouvrage de Lachaise, *Topographie médicale de Paris*, datant de 1822, l'auteur souhaite faire une description à l'usage de ses collègues étrangers. « L'Essai (...) s'adresse à tous ceux qui sont désireux de connaître Paris au point de vue de la salubrité » écrit-il p. 3.

⁴ GUENIOT A. (Dr), *Souvenirs anecdotiques et médicaux (1856-1871)*, Paris Baillière, 1927.

⁵ *Paris-Guide par les principaux écrivains et artistes de France*, 2 vol., Paris, Librairie internationale, Lacroix, Verboeckhoven et Cie, 1867, en particulier les pages 1893-1930 consacrées à la description des hôpitaux par le docteur Léon Le Fort.

⁶ FEULARD H. (Dr), *Les hôpitaux de Paris*, extrait de *L'Union des Femmes de France*, s.d., s. l., 28 p.

⁷ L'administration générale de l'Assistance publique à Paris serait désormais appelée AP.

⁸ VALLÉRY-RADOT Pierre, *Nos hôpitaux parisiens. Un siècle d'histoire hospitalière, de Louis-Philippe à nos jours (1837-1949)*, Paris, Dupont, 1948, et VALLÉRY-RADOT Pierre, *Paris d'autrefois. Ses vieux hôpitaux. Deux siècles d'histoire hospitalière de Henri IV à Louis-Philippe (1602-1836)*, Paris, Dupont, 1947. Il est le petit-fils de Louis Pasteur.

⁹ Ils sont nommés sur proposition du Préfet de la Seine par le Ministre de l'Intérieur.

principal des dépenses dans le budget de l'AP, à côté des secours à domicile. Retenons ainsi l'*Étude sur les hôpitaux*¹⁰ d'Armand Husson, directeur de l'AP de 1860 à 1870, somme très documentée sur l'histoire et l'état des établissements, ainsi que sur les améliorations produites par l'administration. On y découvre par ailleurs de nombreux plans des établissements parisiens, mais également des illustrations d'objets quotidiens de l'hôpital (des lits désormais en fer et non plus en bois, des tables de nuit, ...), cependant qu'il dresse des comparaisons avec les hôpitaux étrangers. La perspective éminemment positiviste de ces ouvrages témoigne d'une époque, qui englobe le Second Empire et la Troisième République, où l'attention portée à l'hôpital est contemporaine de la naissance de la médecine hygiéniste, et n'est pas dénuée d'un regard moralisateur sur les classes laborieuses. L'objectif est bien de clarifier le fonctionnement des hôpitaux, afin de dresser une liste des perfectionnements nécessaires en vue de la construction de nouveaux établissements¹¹, dans une ville profondément remaniée par l'haussmannisation. L'archiviste de l'Assistance publique¹², Marcel Fosseyeux, est également l'auteur d'une note synthétique qui, en s'appuyant sur des documents de première main, entend rappeler « au moment où s'achève le programme de grands travaux hospitaliers gagés sur l'emprunt de 45 millions autorisé par la loi du 7 avril 1903, et sans faire un historique des constructions de Paris, [...] par quelles dispositions financières et au moyen de quelles conceptions administratives, la ville de Paris a entretenu, réparé,

¹⁰ HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des salles de malades*, Paris, Paul Dupont, 1862.

¹¹ « A la veille de construire un nouvel et important hôpital [il s'agit vraisemblablement du *nouvel Hôtel-Dieu*], appelé par les besoins de la population et les progrès du temps à agrandir, et à améliorer les anciens hôpitaux, l'Administration, avant de donner suite à des projets préparés et à des idées déjà faites, s'est demandé s'il n'y avait rien à modifier dans les données que la science, unie à l'expérience lui a fournis jusqu'à ce jour, pour la meilleure distribution et l'appropriation plus perfectionnée des maisons destinées au traitement des malades. » *Ibid.*, p. 6

¹² Il dirige les Archives de l'AP (AAP désormais) de 1909 à 1913 et est l'auteur d'un catalogue des manuscrits encore en vigueur, qui porte son nom. Voir RICHE S. & RIQUIER S., *Des hôpitaux à Paris. État des fonds des Archives de l'AP-HP XII^e-XX^e siècles*, Paris, AP-HP, 2000, p. 5.

transformé son outillage hospitalier. »¹³ Ces descriptions ont le mérite de retracer l'évolution sur le long terme de l'ensemble des établissements, qui constituent pour leurs administrateurs l'outil d'une politique de santé publique à destination des catégories les plus défavorisées.

L'architecture des établissements représente un autre domaine de l'histoire hospitalière au XIX^e siècle. Elle suscite en effet une grande quantité d'ouvrages, de qualité et d'intérêt variable¹⁴, mais qui soulèvent la question de la disposition des bâtiments, de la ventilation des salles, de l'organisation des services comme enjeu précédant et accompagnant la révolution pastoriennne. Alors qu'il n'était auparavant qu'un lieu d'entassement des malades, l'hôpital devient un bâtiment rationnel dont la conception est encore marquée par les idées de Jacques Tenon. Ce chirurgien s'est en effet rendu célèbre en 1788, par la publication des *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, constituant le livre le plus complet sur l'organisation hospitalière écrit à l'époque. On y découvre notamment un plan d'hôpital inédit, fondé sur une structure pavillonnaire tout à fait novatrice. Néanmoins, ces ouvrages d'architecture restent centrés sur les seuls aspects techniques.

Ainsi, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital ne suscite pas d'étude véritablement ambitieuse en histoire contemporaine. Pourtant les progrès de la connaissance scientifique et des techniques médicales, son ouverture à une clientèle de plus en plus large en font un des acteurs majeurs de la médicalisation de la société du XIX^e siècle.

Certes durant l'après-guerre, Jean Imbert, jeune professeur d'histoire du droit publie une *Histoire des hôpitaux français* sous-titrée *Contribution à l'étude des rapports de l'Église et de l'État dans le domaine de l'Assistance publique* en 1947¹⁵,

¹³ FOSSEYEUX M., *Les grands travaux hospitaliers de Paris au XIX^e siècle*, Paris, Berger-Levrault, 1912, p. 2.

¹⁴ TOLLET C., *Les hôpitaux modernes au XIX^e siècle*, Paris, chez l'auteur, 1894. BORNE L., *Études et documents sur les hôpitaux*, Paris, Aulanier, 1898.

¹⁵ IMBERT J., *Les hôpitaux en droit canonique*, Paris, Vrin, 1947, est un autre titre du même ouvrage. Il publie dans les années qui suivent « L'administration hospitalière à Paris, sous le Consulat et l'Empire », in *La Revue d'information et de documentation de l'Assistance*

mais l'angle est alors délibérément juridique. Aborder l'hôpital comme un enjeu d'histoire sociale s'inscrit donc dans une perspective relativement récente. Les travaux de Michel Foucault¹⁶ ont manifestement éclairé d'une lumière nouvelle et stimulante l'histoire médicale à l'aube de sa modernisation. Ses recherches ont suscité des réactions parfois divergentes¹⁷, mais ont dynamisé un champ de recherche encore en friche. À cet égard, on peut souligner la concomitance¹⁸ de la publication du collectif dirigé par Michel Foucault *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*¹⁹, paru pour la première fois en 1976 avec la soutenance de la thèse de Jacques Léonard sur *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*. Ces deux études, dans des domaines voisins, allaient stimuler l'histoire hospitalière, l'une en rassemblant des contributions s'intéressant aux contraintes et aux pesanteurs réglementaires de l'espace hospitalier, l'autre en envisageant dans une synthèse magistrale la médicalisation de la société française à travers l'étude d'un corps social qui se meut en force politique. Le sillon était tracé et de nombreuses études thématiques²⁰ instruisent l'histoire des professions de santé²¹, des maladies²², des pratiques sanitaires²³. La parution de

publique à Paris, n° 13, sept-oct 1952, ainsi que *Le droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Nancy, Publications de l'université de la Sarre, 1954.

- ¹⁶ FOUCAULT M., *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961, FOUCAULT M., *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963, FOUCAULT M., *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975 notamment.
- ¹⁷ LEONARD J., « L'historien et le philosophe », *Annales historiques de la Révolution française*, 1977, ainsi que « La pensée médicale au XIX^e siècle », *Revue de synthèse*, n° 109, janv-mars 1983, pp. 29-52, n°2. KEEL O., *L'avènement de la médecine clinique et moderne en Europe, 1750-1815. Politiques, institutions, savoirs*, Montréal, Presses universitaires de Montréal, 2002.
- ¹⁸ Olivier Faure indique que justement cette année-là, Yves Lequin eut l'idée de ce travail sur les hôpitaux, qui allait devenir sa thèse. « Il était tentant, écrit-il, pour les historiens, tout à la fois séduits et irrités [...] de vérifier concrètement certaines hypothèses exposées. » in FAURE O., *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris, Ed. du CNRS – Presses universitaires de Lyon, 1981, p. 7.
- ¹⁹ FOUCAULT M. (dir), BARRET-KRIEGLER, BEGUIN F., FORTIER B., THALAMY A., *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Paris, Dossiers et documents d'architecture. Institut de l'environnement, Paris 1976.
- ²⁰ « Médecins, médecine et société en France au XVIII^e et XIX^e siècle », *Annales Économies Sociétés Civilisations*, n°5, sept-oct 1977.
- ²¹ KNIBIEHLER Y., *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société françaises : 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984. BOURDELAISS P., *Une peur bleue, histoire du choléra (1832-1854)*, Paris, Payot, 1987. DELAPORTE F., *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, 1990.

la thèse d'Olivier Faure dirigée par Yves Lequin en 1981, précédée des travaux de Maurice Garden sur les budgets des hospices civils de Lyon²⁴, constitue un tournant et souligne la vitalité²⁵ de l'école lyonnaise en la matière. L'hôpital est véritablement devenu objet d'histoire sociale, « observatoire idéal pour connaître la pratique médicale et avoir un aperçu des habitudes et des visions populaires face à la santé, la maladie »²⁶. Il serait cependant illusoire de croire que cet ouvrage, *Genèse de l'hôpital moderne*, pour marquant qu'il fût dans l'histoire hospitalière, ait été isolé. Il convient de rappeler, comme le note Olivier Faure, le tribut que ce champ doit à la démographie historique économique et sociale²⁷, à l'histoire de la médecine et des médecins²⁸, sans oublier les apports décisifs de la sociologie²⁹.

²² QUETEL C., *Le mal de Naples, histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986. GUILLAUME P., *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècle*, Paris, Aubier, 1986.

²³ GOUBERT J-P (ed), *La médicalisation de la société française 1770-1830*, Waterloo, Ontario, Historical reflections Press, 1982.

²⁴ GARDEN M., *Histoire économique d'une grande entreprise de santé. Le budget des Hospices civils de Lyon 1800-1976*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1980.

²⁵ GARDEN M., « Histoire de la santé publique. Quelques directions de recherches » in *Bulletin du centre d'histoire économique et sociale de la région lyonnaise*, n°1-2, 1984, pp. 7-19. Plus récemment voir Faure O., « The social history of health », *Social history of medicine*, vol. 3, n°3, dec 1990, pp. 437-472.

²⁶ FAURE O., *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris, Ed. du CNRS – Presses universitaires de Lyon, 1981, p. 8.

²⁷ GARDEN M., *Lyon et les Lyonnais au XVIII^e siècle*, Paris, Les Belles Lettres, 1970. GUILLAUME P., *La population de Bordeaux au XIX^e siècle, essai d'histoire sociale*, Paris, A. Colin, 1972.

²⁸ ACKERKNECHT E.-H., *Medicine at the Paris Hospitals (1794-1848)*, Baltimore, The John Hopkins Press, 1967. Le dynamisme des historiens anglo-saxons est du reste à souligner voir notamment GRANSHAW L. & PORTER R. (ed), *The hospital history*, Londres, Routledge, 1989, qui regroupe une série d'études sur l'hôpital du Moyen âge au milieu du XX^e siècle. Les contributions de C. S. Murphy « From Friedenheim to hospice: a century of cancer hospital » pp. 221-242 et de M. J. Vogel « Managing medicine: creating a profession of hospital administration in the US, 1895-1915 » pp. 243-260 sont particulièrement éclairantes.

²⁹ STEUDLER F., *Le système hospitalier. Évolution et transformations*, Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux. MSH, 1973. AUGE M. & HERZLICH C. (dir), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Ed. des Archives contemporaines, 1983.

Cette attention portée à l'hôpital en tant que laboratoire de la médicalisation, en se plaçant au coeur de l'institution, laissait pourtant un acteur dans l'ombre : l'espace urbain. L'interaction entre l'hôpital et la ville semblait en effet passer au second plan³⁰ des travaux sur les hospices civils de Lyon. Envisager l'institution hospitalière comme un « mode secondaire de la vie urbaine »³¹ ainsi que l'écrivait Jeanne Gaillard, a ainsi été l'un des axes envisagés pour ce travail de recherche, au croisement d'une histoire sociale et d'une histoire urbaine de l'hôpital. Il s'agissait de comprendre comment les hôpitaux parisiens, au cours de la seconde moitié du siècle, sont peu à peu devenus un service largement utilisé par la population, dans une période qui voit la conjonction de deux phénomènes. Tout d'abord, les indéniables progrès médicaux rendent l'hospitalisation plus efficace, et moins aléatoire. Ensuite, le Second Empire et la Troisième République³², soucieux de se prémunir autant des maladies que des révolutions, nourrissent à l'égard des plus pauvres un intérêt qui les conduisent à construire de nouveaux hôpitaux.

Il convient de rappeler qu'à l'aube du XX^e siècle, les hôpitaux parisiens sont anciens, délabrés le plus souvent, à l'image de l'ancien Hôtel-Dieu. Les conditions d'accueil font frémir. Tenon lui-même, à la fin de l'Ancien Régime s'indigne quand il écrit : « l'Hôtel-Dieu est construit contre l'intérêt des pauvres, de la société, ses propres intérêts, les règles de l'art de guérir, et en même temps contre celles de la prudence ».³³ Mais ce monde de l'hôpital se fait l'écho des bouleversements qui affectent la ville au cours du siècle. Jeanne Gaillard parle à juste titre d'un renouvellement des fonctions hospitalières sous

³⁰ Dans la suite de ses travaux, Olivier Faure a amplement comblé ce manque, notamment dans sa thèse d'état, non publiée à ce jour, *La médicalisation de la société lyonnaise (1800-1914)*, Lyon II, 1989.

³¹ GAILLARD J., *Paris la Ville (1852-1870)*, Paris, Champion, 1977, rééd. L'Harmattan 1997, p. 232.

³² BEC C., « De la charité à l'assistance : le parcours des républicains (1880-1914) » in *Catalogue de l'exposition du Musée de l'AP-HP 'Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres'*, Paris, Doin-Musée de l'AP-HP, 1996, pp. 39-52 ; ainsi que BEC C., *Assistance et République, la recherche d'un nouveau contrat social sous la III^e République*, Paris, Les éditions de l'Atelier/ Éd. Ouvrières, 1994.

³³ TENON J., *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Imprimerie Ph.-D. Pierres, 1788, rééd. Paris, AP-HP & Noïn, 1988, p. 149.

l'effet conjugué de quatre facteurs. En premier lieu, la révolution de 1848 et les journées de Juin ont souligné pour les autorités le danger de l'accumulation d'une population souffrante dans les villes. Surtout ces troubles ont fait sentir la nécessité de soulager Paris des « filières qui conduisent vers la capitale l'immigration improductive des vieillards et des malades, indigents ou non »³⁴ venant bénéficier de « la gratuité des soins dans les hôpitaux parisiens alors que dans les départements seuls les indigents sont admis »³⁵. Dès lors, la voie est ouverte à une réflexion sur une politique de décentralisation hospitalière, aboutissant à la départementalisation de l'Assistance publique décidée en 1851, ainsi qu'à la création d'un véritable réseau hospitalier à l'échelle du territoire afin d'éviter la concentration de la maladie et de la misère dans les villes. Puis, la poussée démographique faisant accomplir des progrès importants à la fonction hospitalière en « précipitant la laïcisation de la médecine du corps qui l'emporte désormais sur la médecine de l'âme »³⁶ est le second élément de ces bouleversements. Les réformateurs de l'Assistance publique perçoivent en effet la nécessité de rationaliser l'usage d'un outil hospitalier qui coûte fort cher, allant contre les conceptions religieuses traditionnelles qui font des hôpitaux des lieux d'asile pour la misère du monde. Dans ces conditions, ils décident de médicaliser l'hôpital et d'en faire donc exclusivement un lieu de soins, l'exonérant ainsi de sa fonction de charité chrétienne qui refusait de choisir entre les malheureux, entre « les plaies du corps et les misères morales ».³⁷ Évidemment, les nouveautés introduites dans l'exercice de la médecine, liées aux progrès réels de la discipline depuis le début du siècle, facilitent et accompagnent cette mutation. Enfin, la conception rénovée des rapports urbains induits par l'haussmannisation³⁸ a pour effet, en reconstruisant des hôpitaux plus petits comme le nouvel Hôtel-Dieu, de réduire l'hospitalisation à

³⁴ GAILLARD J., *Paris la ville (...), op. cit.*, p. 237.

³⁵ *Ibid.*, p. 237.

³⁶ *Ibid.*, p. 244.

³⁷ *Ibid.*, p. 244.

³⁸ BOURILLON F., « Grands travaux et dynamisme urbain : Paris sous le Second Empire » in *La terre et la cité, Mélanges offerts à Philippe Vigier*, textes réunis par A. FAURE, A. PLESSIS & J-C FARCY, Paris, Créaphis-Université de Paris X, 1994, pp. 139-166.

sa dimension soignante. En somme, le passage de l'hôpital charitable ouvert à tous à l'hôpital outil d'une politique d'assistance sélective, est l'aspect le plus marquant de cette transformation, qui commence bien avant l'arrivée des Républicains au pouvoir.

Ce souci de rationaliser l'hôpital ne doit pas faire méconnaître les représentations encore extrêmement négatives de l'hôpital au cours du XIX^e siècle. L'hôpital effraie et demeure synonyme de déchéance dans les représentations communes. Eugène Sue dans les *Mystères de Paris* en 1844, les frères Goncourt avec *Sœur Philomène* en 1861 ou bien encore Maxime Du Camp dans *Paris, ses organes, ses fonctions, la vie dans la deuxième moitié du XIX^e siècle* en 1873 ont peint l'hôpital parisien sous les traits les plus sombres. Aux yeux des classes les plus aisées de la société, l'hôpital est en effet l'ancre de la misère et de la solitude, recueillant tous ceux que l'industrialisation et les difficultés de la vie urbaine rendent malades. Cette image dévalorisée est pourtant en opposition avec une médecine hospitalière encore prestigieuse dans cette seconde moitié du siècle. Certes, ni Louis Pasteur, ni Claude Bernard ne sont des médecins hospitaliers, mais les apports de leurs découvertes se font progressivement sentir dans l'institution à la fin du siècle. Surtout, la représentation négative de l'hôpital contredit les chiffres de fréquentation des hôpitaux parisiens qui sont en augmentation constante, reflétant l'indéniable gonflement démographique de la capitale, mais témoignant aussi de son succès tout au long de la période. Reste que la confrontation des stéréotypes véhiculés sur l'hôpital avec la réalité est stimulant pour l'historien.

Examiner l'hôpital au crible des transformations dont il est l'objet a donc été le point de départ de cette thèse. L'aspect médical ayant déjà été exploré, il a semblé plus pertinent de se pencher sur les usages de l'hôpital dans la société parisienne de la seconde moitié du XIX^e siècle. Assez rapidement, il est apparu qu'une histoire à l'échelle de tous les établissements parisiens de l'Assistance publique était irréalisable. Le choix de trois hôpitaux s'est progressivement imposé car ils constituaient un terrain privilégié pour la question hospitalière. L'Hôtel-Dieu, Lariboisière et Tenon sont en effet des hôpitaux généraux,

regroupant différents services de médecine et de chirurgie, mais dont la destination ne couvre pas un type de pathologie particulier. À ce titre, ils dessinent des cadres intéressants pour une observation de publics *a priori* non spécifiques, sans qu'aucun tri ne soit au préalable effectué. Par ailleurs, ces trois hôpitaux ont tous pour caractéristique d'avoir été soit nouvellement construits, dans les cas de Lariboisière et Tenon, soit complètement réédifié pour l'Hôtel-Dieu, entre 1846 et 1878. Bien qu'inspirés du plan proposé par Jacques Tenon à la fin du XVIII^e siècle, ils sont tous trois présentés comme des modèles du type pavillonnaire à une période où l'aérisme et les théories sur les miasmes sont encore largement répandues. Enfin, pour deux d'entre eux, Lariboisière et Tenon, la construction intervient dans des quartiers aux marges du centre, et leur étude, au regard de l'Hôtel-Dieu, l'hôpital central par excellence, promettait des comparaisons fructueuses sur le rôle de l'établissement dans son environnement proche.

Pour répondre à l'ensemble de ces questions, il était nécessaire de s'appuyer sur les archives hospitalières conservées aux Archives de l'AP et qui les centralisent depuis la création de cette administration particulière à Paris. Malheureusement, une partie des archives les plus anciennes a brûlé dans les incendies de la Commune en 1871. Les registres d'entrées des malades, alors conservés dans les hôpitaux, ont été préservés de ces destructions et ont constitué, à la suite des recherches de Gabriel Désert sur les hôpitaux normands³⁹, le principal terrain de cette thèse. En permettant la reconstitution d'un public hospitalier pour l'ensemble des hôpitaux considérés, sur la base d'un échantillon pris sur une période de soixante années (1850-1914), cette source fondamentale s'est révélée d'une très grande richesse. Ces grands registres contiennent en effet une mine d'informations sur le patient lui-même (nom, âge, adresse mais aussi profession exercée, département de naissance) ainsi que sur les conditions du séjour à l'hôpital (diagnostic à l'entrée, dates d'entrée et de sortie, mention du décès éventuel, ainsi que des observations

³⁹ DESERT G., *Les archives hospitalières, source d'histoire économique et sociale*, Caen, Cahiers des annales de Normandie, 1977.

complémentaires). La longueur de la période étudiée ne permettait pas une saisie exhaustive de l'ensemble des malades. Il a donc été nécessaire de constituer un échantillon, qui après réflexion et évaluation, a été porté à 10% de l'ensemble des patients traités par l'hôpital pour une année. Deux obstacles restaient alors à franchir. Les irrégularités de fréquentation induites par les saisons, si on s'en tenait à un sondage à une période de l'année, pouvaient fausser l'analyse. Par ailleurs, il fallait pouvoir baliser l'ensemble de la période en sélectionnant des années régulièrement, sans privilégier une année exceptionnelle. Pour parer à ces biais, on a choisi de partir de la première année de fonctionnement complet de Lariboisière, 1855. On a ensuite sélectionné un intervalle de huit années, jusqu'en 1911, ce qui avait pour intérêt d'analyser également 1879, première année de fonctionnement de Tenon, et deuxième de l'Hôtel-Dieu enfin reconstruit. Chaque année a elle-même été divisée en périodes de huit jours, espacées de deux mois, en partant de janvier. Ainsi pour chaque hôpital, on a relevé tous les patients entrés du 1^{er} au 7 janvier, mars, mai, juillet, septembre et novembre. L'ensemble de l'échantillon choisi représentait en définitive une base de données de plus de 24 000 malades dont la saisie a été très longue, et qu'il a ensuite fallu traiter. Le codage des professions et des maladies a en effet nécessité l'élaboration de grilles de lecture, qui ont permis en tenant compte des dénombrements de l'époque, de dessiner le profil social des hospitalisés, les causes et la nature de l'hospitalisation. Les travaux d'Olivier Faure et de Dominique Dessertine⁴⁰ ont à cet égard été tout à fait décisifs pour le traitement et l'analyse des données fournies par les registres d'entrées. Complétant et éclairant cette source majeure, différents documents de nature administrative et comptable ont été utilisés aux archives de l'AP, ainsi qu'aux archives de la Seine. On a aussi consulté des statistiques sur la ville de Paris, disponibles à la bibliothèque historique de la ville de Paris ainsi qu'à la bibliothèque nationale, qui permettaient de remettre en perspective, à l'échelle de la ville et du département, les informations délivrées par les registres hospitaliers.

⁴⁰ DESSERTINE D. & FAURE O., *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^e et XX^e siècles*, Lyon, Programme Rhône-Alpes Recherches en sciences humaines, 1991.

La démarche de ce travail s'est imposée graduellement : la période considérée ne connaissait pas de rupture majeure, hormis la création en 1849 de l'AP, on a donc écarté d'emblée le plan chronologique, qui semblait assez peu convenir à une étude sur les hôpitaux parisiens de la fin du siècle. Restait donc une approche thématique qu'on a décomposée selon les trois niveaux pour lesquels l'hôpital subissait les changements les plus évidents, en partant de l'échelle la plus grande, l'hôpital dans la ville puis dans son quartier. Dans un second temps, on a examiné l'hôpital dans son fonctionnement et son organisation, pour enfin s'intéresser aux publics et réfléchir au profil des patients et à leurs maladies, révélant des usages assez modernes de l'institution hospitalière.

La place de l'hôpital dans la ville a d'abord été étudiée. On s'est en effet interrogé sur les relations entre l'hôpital et l'espace urbain, afin de mettre en évidence ce que le choix de l'implantation d'un hôpital révélait des conceptions des autorités comme des médecins, sur la santé publique. L'étude des débats au moment de la réédification de l'Hôtel-Dieu est assez emblématique des tensions qui traversent le corps médical et les milieux politiques sur le rôle que remplit l'hospitalisation. L'architecture des édifices, fortement influencée par les principes hygiénistes, témoigne des hésitations et des contradictions à l'œuvre. Symbole éminent dans la ville de la place que les autorités entendent donner à la santé publique, l'hôpital ne peut pour autant accueillir tous les miséreux abîmés par la ville. On a ensuite examiné la fonction de l'hôpital dans son quartier, afin de vérifier dans quelle mesure il avait pu constituer un point d'ancrage assez fort pour des quartiers populaires et encore à la marge au début de la période.

Réfléchir ensuite à l'organisation des hôpitaux dans le cadre de l'administration de l'Assistance publique ouvrait des pistes sur la politisation de la question hospitalière entre la municipalité et l'État. Devenu un enjeu de luttes, en particulier au moment de la laïcisation, il devait nécessairement apparaître, pour parer aux critiques dont il était la cible, comme une machine administrative de plus en plus rationnelle et moderne.

Mesurer la distance entre les directions données à l'hôpital par les administrateurs et les médecins et la réalité des hospitalisations a enfin été à l'origine des deux derniers chapitres. On a ainsi évalué le niveau de vie des malades entrés à l'hôpital sur la période et vérifié la venue à l'hôpital d'un petit peuple certes d'origine modeste, mais qui est loin du stéréotype de déviant et de rebus de la société, accolé bien souvent au patient de l'hôpital. En dernier lieu, on a tenté une analyse des maux pour lesquels l'hospitalisation se révélait nécessaire, en mettant en lien aussi nettement que les sources le permettaient, la nature de la pathologie avec une activité professionnelle très éprouvante pour l'organisme.

PREMIERE PARTIE

**L'HOPITAL DE
L'ASSISTANCE PUBLIQUE**

Chapitre I

L'hôpital dans la ville à la fin du XIX^e siècle

À la fin du XIX^e siècle, les conceptions de l'hospitalisation connaissent un renouvellement : on s'interroge sur la place de l'hôpital dans la ville, sa localisation au cœur ou à l'extérieur de la cité. La réflexion avait déjà été amorcée à la fin du XVIII^e siècle par les rapports de Tenon à l'Académie des Sciences¹, mais elle n'avait pas encore eu l'occasion de s'appliquer. La construction ou la réédification de quelques hôpitaux sont l'occasion de débats révélateurs des fonctions que l'on attribue à l'hôpital. Alors qu'il n'était qu'un lieu de renfermement des pauvres, un endroit de prestations médicales plutôt sommaires jusqu'au XVIII^e siècle, il devient en même temps que la médecine hospitalière progresse, un centre de recherche et d'enseignement et un pôle médical dispensateur de soins pour des maux mieux reconnus. Parallèlement, il constitue dans l'esprit des acteurs de ces chantiers, un des coûteux volets de la politique sociale et urbaine qui commence à se mettre en place après la naissance de l'Assistance publique à Paris en 1849, mais dont on peut lire les prémisses dès les années 1830. On peut ainsi reprendre la distinction opérée par R. F. Bridgman en 1963, entre l'urbanisme sanitaire, définissant globalement la

¹ TENON J., *Mémoires sur les hôpitaux*, *op. cit.*

position de l'hôpital dans la ville, et l'architecture des hôpitaux proprement dite consistant à indiquer les grandes lignes de l'édification et de l'organisation des bâtiments dans un terrain donné.

« Les discussions relatives au projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris et les rapports de l'Académie des Sciences furent essentiellement à l'origine de l'opinion au XIX^e siècle en matière d'architecture et d'urbanisme hospitalier. Dès cette époque, on pose clairement le problème de l'emplacement optimum de l'hôpital, celui de sa dimension et celui de sa forme, on commence à parler de "fonctions" sous l'influence des médecins et de l'hygiène. »²

L'hôpital connaît ainsi au XIX^e siècle une mutation décisive sous ces deux aspects. Comment la localisation de l'hôpital est-elle révélatrice des nouvelles conceptions des administrateurs et des médecins sur la place qui doit être assignée à l'hôpital dans la politique d'assistance aux plus démunis ? Au-delà de la question du site de l'hôpital, en quoi l'économie générale, l'organisation du plan de ces hôpitaux récents répond-elle à ce nouveau dessein d'un hôpital plus fonctionnel, plus rationnel, en somme plus moderne ?

Répondre à ces interrogations suppose de mesurer la place de l'hôpital dans les conceptions des dirigeants avant et après la création de l'Assistance publique en 1849, en étudiant notamment le cadre législatif qui se met en place. L'hôpital est alors nettement envisagé comme un moyen de répondre à la question sociale. L'examen des débats passionnés, suscités par la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, est ensuite l'occasion de vérifier que l'hôpital est un effectivement un enjeu médical, politique et social. L'étude de l'architecture hospitalière enfin, fortement influencée par des conceptions datant pourtant de la fin de l'Ancien Régime, permet de comprendre la modernité et la rationalité de l'hôpital de la deuxième moitié du XIX^e siècle.

² BRIDGMAN R.F., *L'hôpital et la cité*, Paris, Editions du Cosmos, 1963, p. 121.

A. Réflexions et débats sur la localisation de l'hôpital dans la ville

De la fin du XIX^e siècle jusqu'au milieu du XX^e, les médecins³, les historiens⁴ et les architectes⁵, lorsqu'ils se penchent sur le siècle écoulé, sont d'accord pour considérer qu'il a été un grand siècle pour la construction hospitalière. En 1804, le Conseil Général des Hospices gère onze hôpitaux, huit hospices et une maternité et offre 12 860 lits⁶ à Paris. Ces chiffres s'élèvent à 19 hôpitaux, 11 hospices pour un total de 18 785 lits en 1864, mais c'est désormais l'Administration de l'Assistance publique qui depuis 1849, a remplacé le Conseil général des Hospices, et en assure l'encadrement. La première moitié du siècle ne voit la construction que de deux hôpitaux, l'hôpital de Lourcine en 1836 et la mise en projet de l'hôpital du Nord en 1839⁷. Mais la terrible épidémie de choléra de 1832 qui fait près de 20 000 morts à Paris, ainsi que les journées révolutionnaires de 1848, font prendre conscience aux autorités de l'insuffisance de l'accès aux soins. Dès lors, l'administration se lance dans une série de projets qui aboutissent à la construction ou au réaménagement de plusieurs hôpitaux, comme c'est le cas pour l'Hôtel-Dieu à partir de 1866 - mais achevé seulement en 1877 -, ou de l'hôpital Tenon, inauguré en 1878. Il s'agit de comprendre

³ GUERARD F., *L'hôpital Lariboisière. L'enclos Saint-Lazare*, Paris, Steinheil, 1888.

VALLERY-RADOT P., *Nos hôpitaux parisiens, un siècle d'histoire hospitalière*, Paris, Dupont, 1948.

⁴ FOSSEYEUX M., *Les grands travaux hospitaliers à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Berger-Levrault, 1912. Marcel Fosseyeux, conservateur des archives de l'Assistance publique, est l'auteur d'un catalogue des manuscrits des archives de l'AP, publié en 1913.

⁵ TOLLET C., *Les hôpitaux modernes au XIX^e siècle*, Paris, chez l'auteur, 1894 et BORNE L., *Etude et documents sur la construction des hôpitaux*, Paris, Aulanier, 1898.

⁶ *Situation administrative des hôpitaux et des hospices de l'Empire*, Paris, 2 vol., 1869.

⁷ Il devient l'hôpital Louis-Philippe en 1841, puis reçoit le nom d'hôpital de la République en 1848, pour enfin prendre le nom d'hôpital Lariboisière lors de son ouverture en 1854.

comment ces hôpitaux, nouvellement construits ou simplement rebâti, s'insèrent dans un projet d'urbanisme plus général, qui fait de l'hôpital un outil de l'assistance médicale aux plus démunis. En quoi correspondent-ils à une adaptation de la ville à la demande de soins médicaux, qui est aussi l'expression d'une forte demande sociale⁸ ?

1. La place de l'hôpital dans la politique d'assistance

Le XIX^e siècle est le siècle de l'industrialisation et de l'apparition d'une question sociale. Les révolutions, mais aussi les enquêtes des philanthropes et des médecins durant la première moitié du siècle ont attiré l'attention des élites sur les conditions de vie des plus pauvres. Cette prise de conscience, amorcée sous la monarchie de Juillet, est tout à fait évidente à partir de la création d'une administration à part entière, l'Assistance publique, en 1849.

L'Administration, créée en 1849, ne l'est pas *ex-nihilo* : sous le Consulat, un Conseil Général des Hospices avait été formé par un arrêté consulaire en date du 27 nivôse an IX (17 janvier 1801), tandis qu'un second arrêté du 29 germinal an IX (19 avril 1801) stipulait que la gestion des secours à domicile, en plus de la direction des hôpitaux et hospices lui était dévolue⁹. Le Conseil Général des Hospices, présidé par le Préfet de la Seine, était composé de onze membres nommés par le Ministre de l'Intérieur et formait un organe de délibération. Ses décisions étaient par ailleurs appliquées par une commission administrative, organe exécutif de huit membres, dont cinq étaient chargés des hospices et trois des secours à domicile. Cette organisation qui se maintient jusqu'en février 1848, unifie et rationalise les différents services de soins et d'assistance pour les

⁸ FAURE O., « Les classes populaires face à l'hôpital à Lyon au XIX^e siècle », in *Cahiers d'histoire*, tome XXVI, 3, éditions Horvath, Roanne, 1981, p. 259-271.

⁹ IMBERT J., « L'Assistance publique à Paris de la Révolution française à 1977 », in EPHE, *L'Administration de Paris (1789-1977)*, Actes du colloque du Conseil d'État du 6 mai 1978, Paris, Champion, 1979.

Parisiens. Elle est complétée¹⁰ par une refonte hospitalière distinguant désormais les hôpitaux généraux, des hôpitaux réservés à des cas particuliers, à des affections chroniques ou bien à de longs séjours. Une nouvelle carte hospitalière se dessine classant l'Hôtel-Dieu, La Charité, Cochin, Necker, Beaujon et Saint-Antoine comme des hôpitaux généraux, pour les maux ordinaires, et des hôpitaux spéciaux comme l'hôpital des Vénériens (qui devient hôpital du Midi à partir de 1836, puis Ricord en 1893), l'hôpital Saint-Louis pour les maladies de peau, la Maternité, les Enfants-Malades, destiné au moins de quinze ans. Les hospices de Bicêtre, pour les hommes, et de la Salpêtrière, pour les femmes, accueillent des malades chroniques, des infirmes et des vieillards, pour des durées généralement plus longues que dans les hôpitaux proprement dits. Pour compléter cette nouvelle distribution est créé, en 1801, un Bureau central d'Admission, situé sur le parvis de Notre-Dame, chargé de répartir les patients en fonction de leur maladie et des lits disponibles dans les hôpitaux. Rationalisation et optimisation des moyens constituent ainsi les deux axes de la politique d'assistance hospitalière dans la première moitié du XIX^e siècle.

Le bilan du Conseil général des Hospices est plutôt positif dans la mesure où il contribue à améliorer notablement l'infrastructure hospitalière existante. Certes, peu de constructions d'hôpitaux nouveaux sont entreprises, mais de nombreux agrandissements sont effectués, en particulier à Bicêtre, Saint-Antoine, aux Enfants-Malades, à Beaujon où sont construits de nouveaux pavillons. La capacité d'accueil des hôpitaux est ainsi augmentée de 25%. On se préoccupe aussi d'améliorer l'hygiène et les conditions d'hébergement : on supprime définitivement les lits pour plusieurs malades, on entame le remplacement des couchettes en bois par des lits en fer à montant et à sommier élastique, on refait les latrines en y ajoutant des cuvettes en faïence et munies de siphon et d'un système d'évacuation hydraulique¹¹.

¹⁰ Arrêté du 6 frimaire an X (27 novembre 1801).

¹¹ « ...On a eu recours à l'emploi de cuvettes hydrauliques en fonte et à siphon, communiquant avec le tuyau de chute par un cône recourbé. Chaque fois que l'appareil fonctionne, la masse

Enfin, le Conseil général des Hospices s'occupe de rassembler les services généraux de fourniture et de production afin d'alléger l'intendance des hôpitaux, pour mieux se consacrer aux soins des patients. C'est ainsi qu'en 1812, la pharmacie centrale des hôpitaux s'agrandit et s'installe dans l'Hôtel de Miramion, sur le quai de la Tournelle, et qu'en 1816 est créé un entrepôt général des vins¹², dans les bâtiments de l'ancien hospice des Enfants-Trouvés, où se trouvait justement auparavant la pharmacie centrale.

La Seconde République ne constitue pas une rupture dans la mesure où la création de l'Assistance publique en 1849, poursuit la politique d'assistance entamée par le Conseil général des Hospices. Ainsi, la nouvelle administration née de la loi du 10 janvier 1849, complétée par un règlement d'administration publique¹³ du 24 avril 1849, est-elle toujours rattachée à la Préfecture de la Seine et au ministre de l'Intérieur. Mais c'est désormais le Directeur de l'Assistance publique, nommé par le ministre de l'Intérieur sur proposition du Préfet de la Seine, qui assure l'exécutif de l'administration, sous la surveillance d'un Conseil de Surveillance de vingt membres, simplement consultatif. Sa composition est définie par un arrêté du 24 avril 1849. Il est présidé par le préfet de la Seine, ou à défaut par un vice-président choisi par le conseil en son sein, élu tous les ans. Il comprend le Préfet de Police de Paris, deux membres du Conseil municipal, deux maires ou adjoints, deux administrateurs de bureaux de bienfaisance, un conseiller d'État ou un maître des requêtes au Conseil d'État, un membre de la Cour de Cassation, un médecin des hôpitaux et hospices en exercice, un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice, un professeur de la Faculté de médecine, un membre de la Chambre de Commerce,

liquide, entraînant avec elle les solides dans le tuyau de chute, laisse cependant dans le siphon, une quantité de liquide suffisante pour boucher complètement l'orifice du tube, et intercepte ainsi le passage des gaz. », A. HUSSON, *Étude sur les hôpitaux (...)*, Paris, P. Dupont, 1862, p. 73.

¹² Le vin en petite quantités est un élément reconstituant qui fait partie du régime quotidien des malades.

¹³ *Recueil des lois, ordonnances et décrets applicables à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris*, Paris, P. Dupont, 1887.

un membre d'un des Conseil des prud'hommes¹⁴, et cinq membres pris en-dehors des catégories indiquées ci-dessus. Les membres du Conseil de Surveillance, à l'exception des deux préfets, sont renouvelés par tiers tous les deux ans, sur proposition du ministre de l'Intérieur. Ce Conseil se réunit tous les quinze jours, en présence ou non du Directeur de l'Assistance publique, qui a le droit d'assister aux séances. L'inspection des établissements hospitaliers et de secours à domicile fait partie des tâches attribuées au conseil de Surveillance, sauf pour les deux préfets. Le Conseil se répartit les établissements en neuf circonscriptions ou neuf inspections¹⁵, deux par deux, et de manière tournante. L'objectif de cette réorganisation est d'unifier l'action d'une administration auparavant collégiale, et suspecte aux yeux des républicains de 1848, de lourdeurs, et surtout de favoritismes dans la gestion des deniers publics aux dépens des plus démunis. En témoigne le débat houleux à l'Assemblée nationale à la séance du 10 janvier 1849 à propos des termes de la loi sur l'Assistance publique à Paris. S'affrontent d'un côté les partisans du projet gouvernemental, derrière le ministre de l'Intérieur Léon Faucher, qui défendent l'idée d'un directeur responsable, sous la surveillance d'un conseil uniquement consultatif ; de l'autre, derrière M. Frichon, rapporteur d'un projet du comité de l'Intérieur, on trouve des défenseurs d'une administration dirigée par un directeur, mais assisté d'un conseil d'administration, dont le rôle serait analogue à celui joué par le Conseil municipal auprès du maire d'une commune. L'enjeu du débat peut paraître spécieux, mais il révèle une ligne de partage profonde entre des conceptions différentes de l'exercice du pouvoir,

¹⁴ Dans une lettre du ministre de l'Intérieur, du 2 mai 1849, au préfet de la Seine on peut lire l'explication suivante : « (...) Il a paru convenable de faire entrer dans la composition du conseil un membre, qui, par ses rapports habituels avec la partie de la population de l'Assistance publique a particulièrement en vue, se trouvât, plus encore que les autres membres du conseil, à même de donner des renseignements sur les besoins de cette population, et sur les moyens d'y pourvoir de manière efficace. Tel a été le motif de l'adjonction d'un membre d'un des conseils des prud'hommes, conseils qui, composés à la fois de maîtres et d'ouvriers, réunissent toutes les conditions désirables à cet effet. (...) », *Recueil des lois et ordonnances, op. cit.*, p. 3, note 3.

¹⁵ *Répartition de la surveillance des établissements de l'Administration entre les membres du conseil de Surveillance, in Recueil des lois, ordonnances et décrets (...), op. cit.*, p. 461.

l'idée d'un conseil d'administration diluant les responsabilités et facilitant le clientélisme aux yeux des membres du gouvernement.

« Quel a été le but (...) dans le projet primitif ? (*celui du gouvernement*) C'était de centraliser l'administration entre les mains d'un directeur, mais plus encore de centraliser la responsabilité : or, voulant établir une responsabilité réelle et effective, nous avons placé à côté du directeur un comité de surveillance. Il est évident que si au lieu d'un comité de surveillance, vous mettez un comité administratif, vous détruirez en grande partie la responsabilité que nous voulons faire peser sur un seul homme. Je pourrais facilement vous en donner les preuves dans les articles suivants. Ainsi, par exemple, quand il s'agit de placer des malades dans les hospices civils, on dit qu'un comité formé des membres du comité d'administration décidera du placement des malades.

Eh bien, qu'arrivera-t-il ? Il arrivera ce qui malheureusement est arrivé très souvent ; c'est que ces choses se feront par faveur et non conformément aux règlements.

Supposez, au contraire, que le directeur soit uniquement chargé de placer ces malheureux, il arrivera ceci : c'est que le conseil de surveillance examinera très exactement si les règlements sont exécutés. »¹⁶

C'est finalement le projet gouvernemental qui est adopté, à l'issue d'une séance agitée¹⁷, montrant que la réforme nécessaire de l'Administration résultait vraisemblablement du constat des dysfonctionnements du précédent Conseil général des Hospices.

¹⁶ Discussion de la loi du 10 janvier 1849, intervention du citoyen Buchez, *in Recueils, loi et ordonnances ...*, *op. cit.*, p. 505. Philippe Buchez (1796-1865), saint-simonien, puis fondateur du socialisme chrétien, au sein de la revue *l'Européen*, est élu à la Constituante en 1848. Il a pris une part active dans l'élaboration de la loi du 10 janvier 1849, puisqu'il a fait partie de la commission préparatoire du projet Faucher, voté au terme de la discussion.

¹⁷ Le président est contraint de remettre par deux fois au vote, l'article premier du projet de loi, en raison d'une objection des députés, qui affirment qu'ils n'ont pas compris la question lors du premier vote et qu'il y a eu « surprise ».

Cette administration est particulière à Paris et se justifie également par le poids que représente l'assistance dans la capitale, lié à son écrasante supériorité démographique sur le reste du territoire. En 1851, le baron de Watteville, inspecteur général des établissements hospitaliers a ainsi calculé que le budget de l'assistance à Paris représentait plus du cinquième des secours hospitaliers de la France¹⁸.

Dans une enquête un peu postérieure, datant de 1869, et à l'échelle du territoire français, on constate que la part de Paris a encore augmenté puisque d'un point de vue financier l'Assistance publique à Paris « forme un tiers des recettes ordinaires des hospices et hôpitaux de l'Empire »¹⁹. Le même rapport indique qu'à cette date, Paris compte 32 établissements (hôpitaux et hospices compris), sur les 1557 que compte tout le territoire, regroupant 18 785 lits. La deuxième ville de France par le nombre de lits offerts est Lyon, mais celle-ci ne dénombre que 4176 lits d'hôpitaux, Nantes occupant la troisième place avec 2716 lits. On le voit, le poids occupé par Paris sur le sol français justifie la création d'une administration particulière, définie par une loi.

Une fois l'administration créée, définissant ainsi le cadre et la structure de l'assistance dans la capitale, il a paru pertinent aux contemporains d'énoncer plus strictement à qui celle-ci devait s'adresser. Les abus semblaient en effet intolérables aux gestionnaires d'une administration dont le nombre des bénéficiaires semblait sans cesse en augmentation. Quelle est la part de vrai dans cette suspicion ? Certes le nombre, la gratuité des hôpitaux parisiens devaient exercer une attraction forte sur les habitants des communes environnant Paris. Cependant, on ne saurait tout à fait souscrire aux craintes

¹⁸ *Watteville de A., Inspecteur général des établissements de bienfaisance, Rapport à M. le Ministre de l'Intérieur sur l'administration des hôpitaux et des hospices*, Paris, Imprimerie nationale, 1851. Il écrit « Le département de la Seine ne renferme que deux administrations hospitalières (*Paris et St-Denis,*) mais l'une d'elle, celle de Paris, est tellement considérable par les immenses revenus dont elle dispose, par le nombre des établissements qu'elle dirige, par le nombre des indigents auxquels elle vient en aide, qu'elle fait à elle seule plus du 1/5^e des secours hospitaliers de la France. »

¹⁹ *Situation administrative et financière des hôpitaux et hospices de l'Empire*, 2 vol., Paris, Imprimerie Impériale, 1869.

des membres du Conseil de Surveillance. Ceux-ci en effet ne cessent de mettre en garde le Directeur contre l'envahissement des hôpitaux parisiens, par des malades étrangers à la commune, ce qui leur semble d'autant plus scandaleux, que le nombre de lits est déjà insuffisant pour la seule population de la capitale et que ce sont les contributions des Parisiens qui financent l'Assistance publique²⁰. Le 7 août 1851, la Seconde République juge nécessaire de définir par une loi sur les hospices et les hôpitaux, dans quelles circonstances une administration hospitalière est amenée à admettre un patient étranger à la commune. Cette loi reformule le principe de charité universelle qui oblige chaque hôpital à recevoir tout malade privé de ressource, en n'exigeant aucune condition de domicile. Mais la loi examine le cas des malades indigents des communes privées d'établissements hospitaliers ; dans ce cas, l'allusion aux communes voisines de Paris est limpide :

« Article 3 (...) Ils pourront être admis dans les hôpitaux et hospices du département, désignés par le Conseil général, sur la proposition du préfet, suivant un prix de journée fixé par le préfet, d'accord avec la commission des hospices et des hôpitaux.

Article 4 Les communes qui voudraient profiter du bénéfice de l'article 3 supporteront la dépense nécessaire pour le traitement de leurs malades et incurables. Toutefois, le département, dans les cas et proportions déterminés par le conseil général, pourra venir en aide aux communes dont les ressources sont insuffisantes. Dans les cas où les revenus d'un hospice ou hôpital le permettraient, les commissions administratives sont autorisées à admettre dans les lits vacants les malades ou incurables des communes, sans exiger d'elles le prix de journée fixé par l'article 3 (...).»²¹

²⁰ Le Conseil municipal est régulièrement obligé de fournir une contribution de 5 à 6 millions de francs dans les années 1850 afin que l'Assistance publique puisse boucler son budget. Voir *Comptes Moraux de l'Assistance publique*, 3M1, 3M5, 3M13 pour les années 1851, 1855 et 1863.

²¹ *Recueil des lois, ordonnances et décrets (...), op. cit.*, p. 331.

Parallèlement à l'élaboration et au vote de cette loi, le Conseil de Surveillance de l'Assistance publique à Paris, fort conscient de la nécessité de mettre un terme à l'afflux dans ses hôpitaux, de malades indigents venus de communes voisines, met en place une commission chargée d'étudier les moyens de remédier à cette invasion²². Le retard des travaux de cette commission, qui commence son travail au début de l'année 1850, est imputable aux débats qui entourent la loi du 7 août 1851 ; les membres de la commission²³ expliquant eux-mêmes, au début de leur rapport, qu'ils ont préféré attendre le vote de la loi avant de mettre au point définitivement leur règlement. Il est à remarquer que parallèlement aux travaux de cette commission, et sur la demande du préfet de la Seine Berger, à qui le ministre de l'Intérieur a demandé de préciser les modalités d'application de la loi du 7 août 1851 dans le département de la Seine, le tout nouveau directeur de l'Assistance publique, Henri Davenne, rédige un rapport circonstancié²⁴ sur cette question épineuse de l'accueil, dans les établissements parisiens, des malades des communes rurales privées d'établissements hospitaliers. Tous les éléments de ces différents rapports convergent : Paris ne peut supporter la dépense des malades étrangers au département et venus se faire soigner dans les hôpitaux parisiens. Il convient par conséquent de prendre des mesures afin que les hôpitaux de la capitale servent d'abord à ceux qui en sont les bénéficiaires naturels, c'est-à-dire les Parisiens. Le projet de règlement proposé par le Préfet de la Seine comporte ainsi des mesures exécutoires dans ce sens.

²² Conseil de Surveillance, *Rapport de la Commission chargée de l'examen des questions à l'admission dans les hôpitaux des malades étrangers au département de la Seine*, Paris, Paul Dupont, 1852.

²³ Il s'agit de Messieurs P. Dubois, Duvergier, Herman, Horteloup, du comte Lepeletier d'Aunay. Alexis Beau, négociant, administrateur du Bureau de Bienfaisance du 10^e arrondissement ancien, en est le rapporteur.

²⁴ Préfecture du département de la Seine, *Mémoire du préfet de la Seine présenté à la commission départementale sur l'admission dans les hôpitaux et hospices des malades des communes rurales, suivi d'un rapport du directeur de l'administration de l'Assistance publique sur la même question*, Paris, Vinchon, 1852.

Tout d'abord, le Préfet suivant la recommandation de Davenne se prononce pour le principe d'un abonnement forfaitaire des communes environnant le département de la Seine d'environ 200 000 francs²⁵. Celles-ci ont, bien évidemment et au vu de leur budget serré pour la plupart, la possibilité de se retourner contre les familles des malades en état de supporter les frais d'hospitalisation. Davenne a évalué qu'environ seulement 160 000 francs reviendraient réellement à la charge de ces communes, soit 44% de leurs ressources rapportées au nombre d'habitant²⁶.

En fait, les malades étrangers ne sont pas totalement chassés des établissements parisiens, mais on incite les communes à entreprendre un programme de constructions d'hôpitaux, et on vérifie systématiquement les adresses des nouveaux arrivants. Le projet mentionne du reste l'agrandissement de l'hospice de Saint-Denis et l'édification d'un nouvel établissement à Belleville. On veut surtout responsabiliser les communes et éviter que certaines d'entre elles ne se déchargent trop facilement de leurs indigents sur la capitale, comme c'est semble-il le cas, pour la ville de Fontainebleau qui envoie très régulièrement ses filles publiques se faire soigner à Paris. Les membres de la Commission du Conseil de Surveillance²⁷ quant à eux, mettent davantage l'accent sur la nécessité de renforcer le contrôle à

²⁵ Ce chiffre a été obtenu de manière arbitraire afin de ne pas trop étouffer les communes rurales sous une contribution qu'elles ne seraient en mesure de payer. En réalité, Davenne s'appuyant sur une estimation basse a dénombré qu'au moins 15 500 malades des communes rurales entourant Paris étaient venus s'y faire soigner en 1851 « occasionnant une dépense d'environ 700 000 francs » plus loin, il ajoute « je ne proposerai pas de mettre une pareille somme à la charge des communes, elle n'y sont pas préparées et n'ont pas de ressources suffisantes, mais il me semble que pour une 1^{ère} année on pourrait équitablement les faire contribuer pour une dépense de 200 000 francs, représentant 35% de la dépense qu'elles occasionnent », *op. cit.*, p. 25.

²⁶ « (...) Aussi je ne crois pas m'éloigner de la vérité en supposant que si les communes font avec discernement usage de la faculté de la loi leur accorde [*c'est-à-dire l'obligation alimentaire pour ses parents explicitement indiquée dans le Code Civil*], elles ne puissent tirer un produit de 40 000 francs environ ce qui réduirait leur contribution à la somme de 160 000 francs, qui me paraît avoir rien d'exagéré, puisqu'elle ne représente qu'une charge de 44% par tête d'habitant. », *op. cit.*, p. 27.

²⁷ *Rapport de la Commission chargée de l'examen des questions relatives à l'admission dans les hôpitaux des malades étrangers au département de la Seine, séance du 9 décembre 1852*, Paris, Dupont, 1852.

l'entrée des hôpitaux, en étant plus parcimonieux dans la définition des cas d'urgence nécessitant l'hospitalisation, et surtout en réorganisant le Bureau Central, qui doit réglementer les attributions de ses médecins et les horaires d'ouverture de manière plus stricte²⁸. Enfin, tous ces rapports insistent sur l'urgent besoin de développer le traitement à domicile dans les communes rurales, sur le modèle de ce qui se pratique dans le 5^e arrondissement de Paris, afin de limiter les hospitalisations, qui pèsent trop lourdement sur les budgets municipaux.

Ainsi une politique de préférence communale se met-elle en place à Paris, afin de limiter l'afflux de populations non prioritaires dans l'accès aux soins du fait de leur domicile. Il est nécessaire de noter cependant que, malgré le ton alarmiste de tous ces rapports sur l'envahissement de ces populations « étrangères », ces dernières n'ont pas représenté plus de 28% des entrées en 1851²⁹, soit à peine plus du quart, sur la totalité des hôpitaux parisiens, et encore dans des hôpitaux spécialisés pour la majeure partie d'entre eux, ce qui laisse penser qu'il y avait nécessité reconnue médicalement pour ces hospitalisations.

La politique d'assistance qui se dessine au milieu du siècle n'est pas fondamentalement différente de ce qu'elle était sous la Restauration et la monarchie de Juillet, malgré la réorganisation de l'administration de l'Assistance publique. Il s'agit surtout de fournir un cadre hospitalier qui puisse répondre à une demande de plus en plus forte, dans un contexte de croissance démographique continu.

Plutôt que l'adaptation de la ville à une nouvelle demande, l'hôpital doit refléter la prise en compte de cet afflux de population indigente, mais également de plus en plus souvent « nécessiteuse », et s'inscrit dans un contexte

²⁸ « Le Bureau central est ouvert tous les jours de 9 heures le matin à 4 heures de l'après-midi et le dimanche de 9 heures à midi », *Ibid.*, p. 27

²⁹ *Compte Moral de l'Assistance publique à Paris*, AAP, 3M1. Ce chiffre conséquent cependant est bien en-deçà des estimations des administrateurs du Conseil de surveillance.

général de protection des classes souffrantes comme le montre la loi de lutte contre les logements insalubres du 13 avril 1850.³⁰

2. *Des besoins sociaux pris en compte*

Cette politique d'assistance urbaine est évidemment liée à l'émergence de la question sociale. À la pauvreté traditionnelle liée aux crises frumentaires et aux épidémies, s'ajoutent les difficultés d'un prolétariat urbain. Une réflexion autour des problèmes sociaux nés de l'industrialisation s'affirme. Dans la continuité des grandes enquêtes comme celle de Parent-Duchâtelet, L. R. Villermé et de Benoiston de Châteauneuf ou bien encore de J. M de Gérando, on prend peu à peu conscience des nouveaux besoins de protection et d'assistance. La naissance des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* en 1829³¹ en est l'un des aspects. Les ravages de l'épidémie de choléra de 1832 incitent les autorités à s'intéresser aux quartiers défavorisés. Les conditions de vie à Paris sont difficiles et la crise urbaine se fait sentir, pas uniquement dans les périodes de récession : avec des taux³² légèrement inférieurs à 30‰ en moyenne durant la première moitié du XIX^e siècle, la mortalité parisienne est supérieure à celle du reste du territoire, proche de 25‰ en moyenne. Elle est d'ailleurs particulièrement forte³³ chez les nouveaux migrants, qui sont pourtant majoritairement jeunes, indice de la misère de leurs conditions de survie dans la capitale. Quelle est la place de l'hospitalisation dans la prise en compte et le

³⁰ La première partie de l'article de Yankel Fijalkow sur la formation des catégories de pensées au XIX^e siècle permettant de justifier l'approche statistique de la fin du siècle est particulièrement éclairante sur cette question. Voir FIJALKOW Y., « Surpopulation ou insalubrité : deux statistiques pour décrire l'habitat populaire (1880-1914) », in *Le Mouvement Social*, n° 182, janvier-mars 1998, p. 79-95.

³¹ LA BERGE A., *Mission and method. The early-nineteenth-century french public health movement*, Cambridge, Cambridge UP, 1992.

³² Ces chiffres sont tirés de CHEVALIER L., *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Paris, Librairie générale française, 1978.

³³ Aux environs de 46 ‰ pour une classe d'âge de 20-39 ans, en majorité.

soulagement de celles-ci à la fin de la monarchie de Juillet et au début du Second Empire ?

Plusieurs indices permettent de penser que l'hôpital conserve une fonction de soins et de refuge essentielle pour cette population urbaine en constante augmentation, malgré l'image négative qu'il ne cesse de renvoyer. En effet, durant tout le XIX^e siècle, les établissements hospitaliers sont encore assimilés à l'hôpital général de l'Ancien Régime, qui enfermait indistinctement les pauvres et les vagabonds, les aliénés et les incurables. Le nombre de malades admis dans les hôpitaux ne cesse d'augmenter. Parallèlement au développement des Bureaux de bienfaisance³⁴ dans chaque arrondissement depuis 1796, à plusieurs reprises, le Conseil général des Hospices réclame l'augmentation du nombre de lits dans les hôpitaux parisiens. Surtout, pour la période de la Restauration et de la monarchie de Juillet, les moyens budgétaires attribués aux hôpitaux et hospices connaissent une augmentation significative, dans un contexte de diminution générale des dépenses d'assistance. On peut y voir le signe d'une pression plus forte de la part d'un corps médical prestigieux, ainsi que la volonté de répondre aux problèmes de vétusté évidents de bon nombre d'établissements. On peut sans doute y déceler aussi le souci de résoudre une misère plus immédiatement perceptible pour les membres du Conseil général des Hospices qui, à chacune de leurs inspections dans les hôpitaux, sont « émus de la promiscuité et du dénuement de tant de pitoyables infirmes »³⁵, alors que la misère plus diffuse des indigents dispersés dans la ville leur est moins visible. Cette tendance n'est pas démentie au début de la Seconde République,

³⁴ Ces Bureaux de bienfaisance sont créés par la loi du 7 frimaire an V sous le Directoire (27 novembre 1796) et subsistent sous cette forme jusqu'à leur transformation en Bureau d'Aide sociale de la Ville de Paris en 1969. On les trouvait dans chacun des 12 arrondissements, puis dans les vingt à partir de 1860. Il s'agissait de bureaux de secours dirigés par le maire et des administrateurs bénévoles. Les secours étaient distribués soit en nature, soit en argent, dans des « maisons de secours ». Ils délivraient également des certificats d'indigence qui leur ouvraient des droits à des soins médicaux gratuits notamment. Pour plus de détails, voir le travail de FELKAY, C., *Les Bureaux de bienfaisance à Paris de 1796 à 1860*, mémoire de DEA, sous la direction de M. F. Démier, Université de Paris-X Nanterre, 2004-2005.

³⁵ DUPRAT C., *Usages et pratiques de la philanthropie*, vol I, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, 1996, p. 134.

si l'on en juge par les chiffres fournis par l'administration de l'Assistance publique³⁶. Le nombre de lits disponibles pour l'ensemble de tous les hôpitaux (y compris cette fois les hôpitaux « spéciaux »³⁷) est de 6759 lits en 1851, et les dépenses totales de l'Assistance publique à Paris s'élèvent à 13,9 millions de francs dont 2,23 millions consacrés aux hôpitaux généraux. 3336 malades ont été soignés dans les 9 hôpitaux généraux de Paris au cours de cette même année, pour un coût de traitement de 40,67 francs en moyenne pour chaque malade. Ainsi aux yeux de l'administration l'hospitalisation reste-t-elle à Paris au milieu du siècle, le principal moyen de venir en aide aux classes les plus défavorisées.

Tout cela n'empêche pas d'ailleurs la persistance d'un discours négatif de la part des autorités, selon lequel l'hôpital aurait une influence néfaste sur les liens familiaux et sur la morale d'une manière générale.

« Les soins donnés dans les Maisons hospitalières tendent à déshabituer les enfants du devoir naturel de soigner leurs parents, lorsqu'au contraire en laissant les malades chez eux, on resserre les liens de la famille et l'on répand dans les classes pauvres les habitudes morales d'ordre et d'économie. »³⁸

Cette conception est ancienne, on la retrouve dans les écrits de La Rochefoucault-Liancourt à la fin du XVIII^e siècle³⁹, ainsi que dans l'ordonnance royale du 2 juillet 1816 qui a réorganisé les Bureaux de bienfaisance. Mais ce

³⁶ *Compte moral administratif de l'exercice 1851*, AAP, 3M1

³⁷ Ce sont les hôpitaux destinés à des catégories de malades particulières comme les vénériens, les femmes en couches ou les psoriques. Ils se distinguent des hôpitaux généraux qui ne font pas de distinction et accueillent tous les malades. Ils sont au nombre de six : Saint-Louis, l'hôpital du Midi, Lourcine, les Enfants-Malades, l'hôpital d'Accouchement, les Cliniques. Il faut y ajouter également la Maison Municipale de Santé, qui est payante.

³⁸ Circulaire du Ministère de l'Intérieur, 6 août 1840. Cité dans PREFECTURE DU DEPARTEMENT DE LA SEINE, *Documents à consulter sur la création d'un hôpital de 600 lits que l'administration municipale a proposé d'établir dans la quartier nord de la ville de Paris*, Paris, Bailly, 1843. AAP : C-468

³⁹ extrait du *Rapport fait au nom des Comités de rapport, de mendicité et de recherches sur la situation de la mendicité à Paris, le 30 mai 1790*, Paris, Imprimerie nationale, 1790, repris par CAMET DE LA BONNARDIERE, dans le *Compte Moral du CGH de 1828*, p. 411.

discours édifiant, qui vise à valoriser les bienfaits du secours à domicile au détriment d'une hospitalisation gratuite pour les malades, mais coûteuse aux yeux de l'administration municipale, omet que la réalité des conditions d'hébergement, la promiscuité, l'insalubrité, rendent parfois impossibles les prescriptions et les soins à domicile, sans compter que la gravité même de l'état du malade nécessite le plus souvent une hospitalisation. C'est d'ailleurs tout l'enjeu du débat entre les membres du Conseil général des Hôpitaux et des Hospices et certains membres du Conseil municipal en 1843 à propos de la proposition de construction de l'hôpital Louis-Philippe⁴⁰, qui ne porte pas encore le nom de Lariboisière. La décision de construire un hôpital au Nord de Paris est déjà prise depuis 1839, mais les travaux prennent du retard et surtout Alexis Beau, membre du Conseil Municipal de la ville de Paris, rédige un long rapport qui vilipende ce qu'il juge être une dépense inutile. Il met en cause le Conseil Général des Hospices : selon lui l'augmentation du nombre des malades dans les hôpitaux, qui justifie l'édification d'un nouvel hôpital, n'est pas uniquement dû à l'accroissement de la population parisienne, mais à une mauvaise gestion des soins par l'administration.

« C'est cette mauvaise organisation des secours - *qui privilégie l'hôpital* - qui explique comment le nombre d'indigents secourus par les bureaux de bienfaisance est moins considérable qu'il n'était il y a 40 ans et comment la population des maisons hospitalières s'est accrue dans des proportions aussi fortes. »⁴¹

Le propos d'Alexis Beau est assez cohérent : une meilleure rationalisation des soins, une plus grande vigilance vis-à-vis des malades venant des communes voisines se faire soigner gratuitement à Paris, permettrait de réduire significativement le nombre de journées d'hospitalisation, et d'éviter la construction d'un nouvel hôpital, dispendieux pour l'administration

⁴⁰ Opinion de M. Beau, membre du Conseil Municipal. Cité dans PREFECTURE DU DEPARTEMENT DE LA SEINE, *Documents à consulter sur la création d'un hôpital de 600 lits (...) op. cit.*, AAP : C-468.

⁴¹ *Ibid.*

municipale. Surtout, selon lui, l'accent mis sur un plus grand développement des soins à domicile devrait permettre de faire chuter le nombre de malades hospitalisés : on a été strict sur les soins apportés aux indigents, souligne-t-il, il faut l'être également dans les soins hospitaliers :

« J'approuve du reste en grande partie la sévérité avec laquelle on a restreint le nombre des indigents qui doivent recevoir des secours. Les états dressés avec détail tous les trois ans depuis 1829, prouvent que les recensements ont été faits avec soin et intelligence, mais avec un peu trop de rigueur surtout en ce qui concerne les secours temporaires. Pour ne pas favoriser une institution aux dépens de l'autre, il fallait que cette sévérité s'étendît aux admissions dans les hôpitaux, pourquoi ne l'a-t-on pas fait ? On se l'explique difficilement, surtout depuis que l'ordonnance royale du 29 avril 1831, en réorganisant les bureaux de bienfaisance, les a placés sous la direction immédiate du Préfet et n'a conservé à l'Administration des Hospices qu'un droit de surveillance. »⁴²

Derrière cette remarque, on perçoit tout d'abord l'hostilité d'un membre du Conseil Municipal envers le Préfet de la Seine, le comte de Rambuteau, dont l'action de tutelle sur l'Administration des Secours Publics est vue comme une entrave à la politique municipale. L'amertume de l'administrateur d'un Bureau de Bienfaisance, qui s'estime sans doute lésé dans les moyens mis à sa disposition, est également sans doute à l'œuvre. Quoi qu'il en soit, la réponse du Préfet et du Conseil général des Hospices est sans appel : la construction de l'hôpital Louis-Philippe est entamée au mois de juillet 1846.

Parallèlement, la distinction entre l'hôpital « qui s'inscrit dans le cadre d'une préoccupation moderne, celle de la médicalisation de la société et de l'élaboration d'un nouveau savoir thérapeutique » et l'hospice « qui conserve une dimension pénale héritée de la politique d'enfermement de l'âge

⁴² *Ibid.*

classique »⁴³ tend à être de plus en plus nette, au moins dans l'esprit des législateurs. C'est la loi du 10 janvier 1849 qui opère la différence entre les deux types d'établissements, même si celle-ci est sans doute plus longue à entrer dans les mœurs, comme le montre les nombreux rappels à l'ordre adressés aux directeurs des hôpitaux par l'Administration de l'Assistance publique.⁴⁴

On assiste donc bien à une prise de conscience de la part des autorités : l'hôpital est, au cours du XIX^e siècle, perçu comme non seulement comme nécessaire, mais encore comme indispensable au soulagement de la question sociale. Il doit permettre de remédier aux urgences médicales, mais il est également vu comme un moyen de répondre à la demande croissante d'une population qui souhaite désormais être soulagée de ses maux de manière efficace.

3. Croissance urbaine et haussmannisation

La croissance spectaculaire de la population urbaine est un phénomène constant du XIX^e siècle, mais il connaît à partir de 1851, une envolée spectaculaire dont bénéficie Paris en premier lieu. En 1851, Paris compte 1 248 000 habitants et représente 19,5% de la population urbaine de la France. En 1891, ce chiffre monte à 27,4% pour atteindre son maximum en 1911. À cette date, on compte 3 958 000 Parisiens et la capitale regroupe 28,7% de la population urbaine française⁴⁵. Cette croissance de la population est liée en partie à l'afflux de vagues d'immigrants qui, depuis le début du XIX^e siècle viennent régulièrement nourrir les faubourgs et les arrondissements du centre de Paris. L'industrialisation est le premier facteur de cette immigration, mais il

⁴³ DEMIER F., « La politique sociale de la France au XIX^e siècle », in *Historiens et Géographes*, n° 338, 1991, p. 109.

⁴⁴ *Recueils, Arrêtés et Circulaires* (RAC), en 1877 notamment.

⁴⁵ DUPAQUIER J. (dir), *Histoire de la population française t. III, 1789-1914*, Paris, PUF, 1988.

faut signaler également, même s'il a joué moins qu'on ne l'a souvent écrit, l'effet de la construction ferroviaire, permettant le déversement de populations rurales et citadines vers la capitale. Enfin, le rôle de Paris comme centre politique et administratif n'est pas sans conséquence sur l'économie et l'afflux de ces migrants venant chercher travail et meilleures conditions de vie.

L'augmentation de la population, notamment de ses composantes populaires, ainsi que la révolution de 1848, inquiète les autorités, qui assimilent ce gonflement de la capitale à un danger potentiel. Napoléon III, l'auteur de *De l'extinction du paupérisme* (1846), est en outre assez sensible à la détérioration de l'habitat dans le centre de Paris. Des travaux d'urbanisme ont certes été opérés sous la monarchie de Juillet, mais de manière assez limitée. Le projet de l'empereur est d'une tout autre envergure : il s'agit de repenser complètement la ville. Certes, des raisons de fonctionnalisme, d'hygiène, et esthétique interviennent, mais ces desseins doivent s'intégrer dans un projet politique qui les dépasse. La grandeur de la capitale doit être la marque de la grandeur du régime et son modernisme incarner l'esprit de progrès de son souverain. Au-delà des travaux de « percées » haussmanniennes, réparties selon trois « réseaux » successifs, et qui modifient durablement la physionomie de la ville, la construction d'édifices publics dans des quartiers anciens figure aussi parmi les réalisations d'urbanisme du Second Empire.

Le réaménagement de l'Hôtel-Dieu et du parvis de Notre-Dame, serpent de mer depuis le XVIII^e siècle et le dernier incendie de 1772, fait partie de l'opération de l'île de la Cité. Élément caractéristique du premier réseau commencé en 1852 qui consiste à créer « une ville dans la ville »⁴⁶, la rénovation de la Cité est comparée par Jeanne Gaillard à une exsanguinotransfusion⁴⁷.

⁴⁶ GAILLARD J., *Paris, la Ville (1852-1870)*, Paris, Honoré Champion, 1977 ; réédition L'Harmattan, 1997, p. 31.

⁴⁷ « L'opération de l'île de la Cité est l'analogie d'une exfusion et d'une transfusion dans le domaine médical : à la place des bouges interlopes s'élève un quartier non seulement neuf mais d'un type nouveau, un quartier spécifiquement administratif, qui réunit la Préfecture de Police, une caserne, le Palais de Justice, le Tribunal de Commerce, la prison de la Conciergerie, l'Hôtel-Dieu (...) » GAILLARD J., *Paris, la Ville (1852-1870)*, *op. cit.*, p. 33.

Cette analogie médicale radicale est du reste confirmée dans ses *Mémoires* par Haussmann :

« Après bien des débats, il fut décidé que le nouvel Hôtel-Dieu serait édifié sur cet emplacement (...)

Je dus faire exproprier et raser tout l'immonde quartier des Ursins, pour rendre libre le vaste espace compris dans ce périmètre, en remblayer le sol profond et le drainer par un réseau d'égouts débouchant provisoirement en Seine, mais qui devaient être reliés par un siphon, en même temps que tous ceux de l'île de la Cité, au collecteur des quais de la rive gauche du fleuve. »⁴⁸

Il s'agit de faire aboutir un projet fort ancien consistant à détruire complètement l'Hôtel-Dieu qui enjambait la Seine et possédait des bâtiments sur la rive sud de l'île de la Cité, en avant de Notre-Dame, et sur la rive gauche de la Seine. L'objectif était de le reconstruire entièrement : les bâtiments actuels, plus au nord que l'ancien hôpital, sont l'aboutissement du projet. Le nouvel Hôtel-Dieu a été inauguré en 1877.

Dans cette perspective, le déplacement et la reconstruction de l'Hôtel-Dieu ne sont qu'une des expressions de l'urbanisme centralisateur haussmannien, qui souhaite surtout en matière hospitalière, rationaliser l'usage de l'hôpital en augmentant certes le nombre de lits, mais également en développant une politique active de soins médicaux à domicile.⁴⁹ Il est d'ailleurs notable de constater, alors que les grands travaux d'Haussmann s'accompagnent d'un déplacement des populations les plus pauvres vers la périphérie, le maintien de l'Hôtel-Dieu dans une position centrale, contre la volonté du Préfet de la Seine.

Ainsi Lariboisière, dont le projet de construction est certes bien antérieur au projet haussmannien, tout comme Tenon, sont-ils construits dans des quartiers

⁴⁸ HAUSSMANN G-E, *Mémoires*, Paris, 1^{ère} édition 1890 ; nouvelle édition présentée par F. Choay, Paris, Éditions du Seuil, 2000, p. 678-700.

⁴⁹ GAILLARD J., *Paris, la Ville (1852-1870)*, *op. cit.*, p. 244.

populeux, les 18^e et 20^e arrondissements. Pour autant, ils sont tout aussi représentatifs de l'haussmannisation. Alors que l'Hôtel-Dieu incarne un urbanisme centralisateur, Lariboisière et Tenon sont exemplaires de cette volonté de maintenir les populations pauvres aux lisières de la ville, ou du moins de leur fournir une assistance au plus près de leur logis. Concernant le projet de l'hôpital du Nord, discuté à partir de 1839, Armand Husson, directeur de l'Assistance publique de 1860 à 1870, indique :

« L'emplacement du clos Saint-Lazare était indiqué par l'affluence de la population ouvrière de Paris dans les quartiers excentriques des faubourgs Saint-Denis, Saint-Martin, et Ménilmontant, de la Chapelle, des Batignolles et de Montmartre. »⁵⁰

C'est en effet dans le populaire V^e arrondissement, qui devient le 10^e après les annexions de 1860, à la limite du 18^e, que s'édifie l'hôpital Lariboisière, inauguré en 1854. On retrouve les mêmes arguments dans le projet de construction du futur hôpital Tenon.

« Mais, écrit encore Husson⁵¹, le besoin le plus urgent, sans contredit, se manifeste dans les quartiers populeux et étendus qui embrassent une partie du onzième arrondissement, une partie du dix-neuvième et tout le vingtième. La population afflue chaque jour davantage vers ces quartiers, pour la plupart d'un difficile accès, et où d'ailleurs les voies de communication, quelque améliorées qu'elles puissent être dans l'avenir ne permettront jamais des transports très faciles. Depuis plusieurs années l'administration s'est occupée de trouver dans cette partie de Paris, et vers le coteau de Ménilmontant, point indiqué comme devant être choisi pour la meilleure satisfaction des besoins de la population, un terrain d'un prix assez modéré, et surtout assez vaste, pour assurer une installation hospitalière qui satisfît à toutes ces exigences. »

⁵⁰ HUSSON A., *Etude sur les hôpitaux (...)*, op. cit., p. 44.

⁵¹ HUSSON A., *Note publiée en 1869 sur le projet d'un nouvel hôpital à édifier à Paris dans le 20e arrondissement sur le coteau de Ménilmontant*, Paris, Paul Dupont, 1869.

En dehors du fait qu'il s'agit d'emplacements que la Ville possédait, comme dans le cas du clos Saint-Lazare pour Lariboisière, ou qu'elle a acquis à bas prix grâce à des expropriations dans le cas de Tenon, le choix des terrains reflète bien la préoccupation des autorités d'édifier des hôpitaux à proximité des populations qui en ont le plus besoin.

Nicolas Sainte-Fare Garnot souligne que le rôle d'Hausmann, dans cette place plus importante assignée à l'hôpital au sein de la Ville, doit être relativisé et qu'il existait déjà une réflexion à ce sujet sous la Restauration. Les préfets Chabrol, Bondy, Rambuteau avaient en effet largement défriché le terrain, aidés par la suggestion du Conseil municipal et par les recommandations du Conseil des Hospices. Sous l'impulsion de Théodore Labrousse, responsable de l'agence d'architecture au sein de l'Assistance publique à Paris :

« l'architecture hospitalière va bientôt se fondre dans le tissu urbain comme l'un de ses éléments constitutifs et servir à la fois de repère monumental. »⁵²

L'hôpital devient donc un élément constitutif de la politique urbaine, au moment où ses fonctions médicales et assistantielles sont repensées. S'il est juste de resituer le projet haussmannien concernant les hôpitaux dans une perspective plus longue, qui part de la monarchie de Juillet et de la Seconde République, celle de tout un courant de pensée hygiéniste et médical, qui souhaite soulager les populations qui en ont le plus besoin, il convient cependant de remarquer que ces hôpitaux, même s'ils ne sont pas réellement des élaborations du baron Hausmann, s'inscrivent parfaitement dans l'urbanisme de « régularisation »⁵³ mis au point par l'empereur et son préfet

⁵² SAINTE-FARE GARNOT N., *L'architecture hospitalière au XIX^e siècle. L'exemple parisien*, Paris, Réunion des Musées nationaux, Les dossiers du Musée d'Orsay n° 27, 1988, p. 9

⁵³ L'expression est de Françoise CHOAY repris dans DUBY G., RONCAYOLO M., *Histoire de la France urbaine. La ville de l'âge industriel. Le cycle haussmannien*, Paris, Le Seuil, coll. Points-Histoire, 1983, rééd. 1988. « Ce terme et sa forme verbale, courants dans les *Mémoires*, m'ont fait désigner la démarche d'Hausmann comme « urbanisme régularisateur », par opposition aux démarches utilisant des modèles a priori. Cf. CHOAY F.,

sous le Second Empire. La construction ou le réaménagement de ces hôpitaux répond en effet à des objectifs de rationalisation des soins, comme d'hygiène, avec une préoccupation de commodité civile et esthétique. Au sujet de l'hôpital de Ménilmontant, son édification est décidée⁵⁴ en accord avec celle de la nouvelle mairie du récent XX^e arrondissement, laquelle doit former une sorte de « figure de proue » à la pointe d'un terrain formant un triangle isocèle entre l'avenue Gambetta et l'avenue de Belgrand. Comme dans le cas de l'opération de l'île de la Cité, constituant un centre administratif au cœur de Paris, avec la Préfecture de Police, le Palais de Justice et l'Hôtel-Dieu, reconstruit et déplacé en arrière de la Seine, le futur hôpital Tenon va incarner l'implantation d'un service public municipal, au même titre que la mairie, dans un arrondissement périphérique désavantagé.⁵⁵ On veut ainsi rompre l'enchaînement révolution-misère en équipant les arrondissements nouvellement annexés des services qui doivent permettre de soulager cette misère. En contrepoint, les discussions nées de la réédification du plus vieil hôpital de la capitale soulignent l'enjeu que représente l'institution hospitalière, sous le Second Empire.

The modern city : planning in the 19th century, New-York, Braziller, 1969, chapitre « Regularization », p. 15-200. » in HAUSSMANN G-E, *Mémoires*, édition établie par F. Choay, Paris, Le Seuil, 2000, p. 35.

⁵⁴ Le 31 août 1867 un décret impérial définit le percement des voies dans la XX^e arrondissement qui fixe l'espace où doivent s'ériger la mairie et l'hôpital.

⁵⁵ « Ainsi se trouve concrétisée une volonté forte de création d'un pôle administratif structurant le centre de l'arrondissement, centré sur le couple mairie-hôpital, appuyé sur la place qui deviendra la place Gambetta et bien plus tard le nœud de communication et des transports. » in COCHETON J-J, *L'hôpital Tenon, un hôpital nouveau à Paris au XIX^e siècle*, Paris, AP-HP, 1999, p. 8.

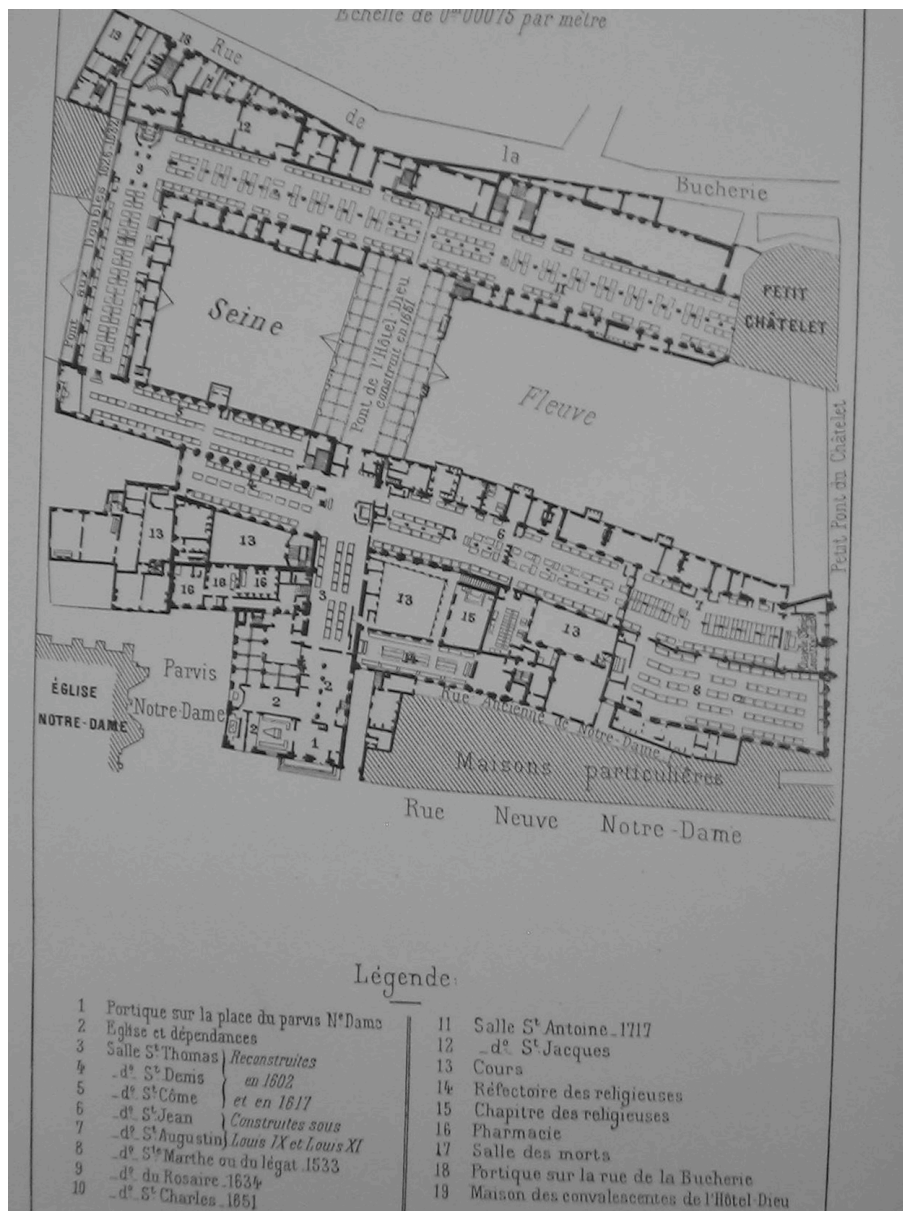
B. Les débats concernant la reconstruction de l'Hôtel-Dieu

La place nouvelle de l'hôpital dans la ville peut également être appréhendée à l'occasion du vigoureux débat que suscite la reconstruction de l'Hôtel-Dieu au cœur de la capitale, dans les années 1860. On a déjà mentionné l'opération de l'île de la Cité, au sein de laquelle prend place le réaménagement de l'ancien Hôtel-Dieu. Mais ce dernier n'est que l'ultime épisode d'une longue suite de projets, qui depuis la fin du XVIII^e siècle ont occupé les édiles et les médecins à propos de ce qui demeurerait encore au XIX^e siècle, le « signe tangible d'une solidarité urbaine qui s'exprimait sous le patronage de la société chrétienne »⁵⁶.

⁵⁶ GAILLARD J., *Paris, la ville, op. cit.*, p. 231 et suiv.

1. *Un Hôtel-Dieu qui « tombe de vétusté » (G-E Haussmann)*

Figure 1.
Plan de l'ancien Hôtel-Dieu



Extrait de Tollet, *Les hôpitaux modernes au XIX^e siècle*, Paris, chez l'auteur, 1894.

Quand les travaux de l'Hôtel-Dieu commencent à partir de 1866, cela fait plus d'un siècle qu'il est question de le réhabiliter. Hôpital séculaire, très grand

puisqu'il compte plus de 1000 patients, il apparaît tout à fait dépassé voire dangereux. En fait, depuis le terrible incendie de 1772, la question de sa reconstruction et de son éventuel déplacement est l'enjeu d'un débat récurrent⁵⁷ au sein des autorités médicales, comme des administrateurs.

Quels sont les reproches que l'on fait à l'Hôtel-Dieu ? Sa vétusté, son insalubrité, l'humidité des locaux en raison de la proximité de la Seine et des inondations régulières des caves font partie de l'argumentation habituelle des partisans de la destruction de l'hôpital le plus ancien de Paris. L'ancien Hôtel-Dieu se présente en effet sous la forme d'un gigantesque bâtiment en forme de U couché accueillant environ 1000 malades, construit directement sur les bords de Seine avec une passerelle qui enjambe le fleuve. On peut en lire la description dans l'édition 1871 du guide Johanne :

« (...) en 1838 l'hôpital se composait de deux immenses corps de logis, élevés sur les deux rives du petit bras de la Seine, mais à cette époque, l'édilité parisienne, pour continuer la ligne des quais sur la rive gauche, exigea le dédoublement du bâtiment du sud, qui était contigu à la rivière. Le nombre des lits qu'a perdu l'hôpital, par suite de cette diminution, a été reporté sur des constructions nouvelles, élevées dans l'enclos Saint-Julien, de l'autre côté de la rue de la Bûcherie. Il résulte de ces dispositions que, pour arriver du bâtiment de la rive droite au bâtiment de la rive gauche (bâtiment Saint-Charles), et que pour parvenir dans la partie de l'hôpital située dans l'enclos Saint-Julien, il faut encore traverser une passerelle (passerelle Saint-Charles), et que, pour parvenir dans la partie de l'hôpital située dans l'enclos Saint-Julien, il faut encore traverser un pont volant jeté au-dessus de la rue de la Bûcherie. Sur la rive droite de la Seine, un passage souterrain établit aussi une communication entre le bâtiment principal et un autre bâtiment situé en face, de l'autre côté de la rue Neuve-Notre-Dame. Cette annexe où se trouve

⁵⁷ CANDILLE M., « Les projets de translation de l'Hôtel-Dieu de Paris hors de la Cité », *Revue de l'Assistance publique à Paris*, n°44, 1956, p. 743-752 ; 1957, n°46, p. 239-263 ; n°47, p. 343-359 ; n°48, p. 433-449.

le bureau central d'admission dans les hôpitaux, renferme 300 lits. La nature de ces communications, l'éloignement des bâtiments de la rive droite, où sont placés tous les services généraux, le nombre et l'élévation des étages, ont fait songer à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, déjà décidée depuis longtemps. »⁵⁸

Outre l'inconfort d'un immense hôpital dans lequel les déplacements sont peu aisés, certains médecins contemporains soulignent l'insalubrité procurée par la proximité du fleuve qui entraîne humidité et risques de maladies accrues pour les malades, d'autant que la Seine⁵⁹ inonde plusieurs mois par an les caves, situées sous les salles. Enfin, le bruit de la circulation des charrettes, inévitable dans un quartier aussi central, les tremblements suscités par ces transports incessants, sont des raisons supplémentaires pour fustiger la vétusté de l'ancien Hôtel-Dieu et se prononcer en faveur de sa destruction totale et de sa reconstruction.

« Tel qu'il est aujourd'hui, il n'est pas un établissement convenable et il doit être démoli et il n'offrira jamais, quelque chose qu'on fasse, les conditions premières les plus favorables d'emplacement, et de construction, sous le rapport de l'heureuse dissémination des bâtiments, de leur exposition favorable, d'un renouvellement facile d'air pur, et d'une répartition convenable des lieux du service ». (...) « Puisqu'il était démontré, reconnu que la reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu était devenue indispensable, soit par l'état de caducité des bâtiments, soit par la nécessité de remplacer par des lieux appropriés à leur destination, des bâtiments humides, malsains, obscurs, source inépuisable de dépenses en réparations et d'insalubrité, n'aurait-il pas été plus convenable de jeter sur-le-champ les fondements d'un nouvel Hôtel-Dieu, et dans le même quartier où sa présence est d'une absolue nécessité. Se borner à des démolitions partielles, réparer, dépenser beaucoup d'argent et

⁵⁸ JOANNE A., *Paris illustré en 1870. Guide de l'étranger et du parisien*, Paris, Hachette, 3^e édition, 1871, p. 936.

⁵⁹ Voir à ce sujet BACKOUCHE Isabelle, *La trace du fleuve. La Seine et Paris (1750-1850)*, Paris, Ed. de l'EHESS, Paris, 2000.

laisser subsister des salles qui offrent encore plus d'inconvénients que les anciennes et menacent évidemment la vie des malades constitue une faute grave. »⁶⁰

Conséquence vraisemblable de tous ces inconvénients, la mortalité, plus importante que dans les autres hôpitaux de Paris, est un phénomène qui a alerté les contemporains sur le degré de morbidité d'un hôpital, qui, s'il n'est plus depuis longtemps l'image de l'hôpital modèle, demeure un des symboles de l'école médicale de Paris, à la pointe de la médecine européenne⁶¹. Pour le docteur Guérin, cette mortalité supérieure (un taux de mortalité de 1 pour 8,1 malades en 1838) à celle de tous les autres hôpitaux parisiens et de province, est liée à « l'influence pernicieuse de la Seine »⁶². L'absence de promenoirs pour les malades est également un sujet de préoccupation pour ces médecins, puisqu'il empêche un rétablissement plus rapide des convalescents, et constitue aussi un facteur de troubles dans les salles. En réalité, les malades convalescents et ceux qui peuvent se déplacer viennent prendre l'air semble-t-il sur la passerelle du pont Saint-Charles, ce qui entraîne des contacts entre les deux sexes (la passerelle reliant le bâtiment des hommes et celui des femmes), fort répréhensibles au yeux de la morale du temps.

En somme, la reconstruction et le déplacement de ce qui apparaît comme un hôpital « sombre, sinistre, avec un bout de rivière encaissé passant au milieu et pollué par des déjections de toutes sortes. »⁶³, bref dépassé, est une évidence

⁶⁰ Dr BOINET, « Lettres sur les nouvelles constructions de l'Hôtel-Dieu », *Gazette médicale de Paris*, n°42, 19 octobre 1839.

⁶¹ Le rayonnement de la médecine hospitalière parisienne a été étudié surtout dans la première moitié du XIX^e siècle par ACKERKNECHT E. H., *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Paris, Payot, coll. Médecine et sociétés, 1986 pour la traduction française. Le titre original est *Medicine at the Paris Hospital (1794-1848)*, The John Hopkins Press, Baltimore, 1967.

⁶² Dr GUERIN, « L'Hôtel-Dieu de Paris. Sa démolition », *Gazette médicale de Paris*, n°34, 25 août 1838, p. 529-539

⁶³ HAUSSMANN G.-E., *Mémoires*, op. cit., p. 1096.

aux yeux des médecins comme de l'Administration de l'Assistance publique, du reste toute dévouée à la préfecture de la Seine.⁶⁴

La conception même d'un hôpital énorme, accueillant plus de 800 malades, héritage de l'antique hôpital médiéval, est l'objet de critiques les plus vives, de la part des médecins convaincus du bien-fondé des thèses aéristes, qui imposent un cubage d'air minimum par malade. Son architecture, sa conception et son état général en font un lieu résolument inadapté aux nouvelles normes imposées par les progrès de la médecine et de l'hygiène.

2. *Les divers travaux et projets de reconstruction au XIX^e siècle*

La reconstruction de l'Hôtel-Dieu est en effet pendante depuis 1772. Quelles sont les raisons qui expliquent, alors qu'il paraît exister un consensus sur sa vétusté, qu'il ait fallu attendre 1877 pour inaugurer le nouvel Hôtel-Dieu ?

« Après bien des débats, il fut décidé que le nouvel Hôtel-Dieu serait édifié sur cet emplacement alors obstrué par une foule de masures mal habitées, mal hantées, pour la plupart et sillonné de rues humides, tortueuses et malpropres comme la rue basse des Ursins, par exemple. Il prendrait entrée sur le parvis de Notre-Dame en face de l'ancien hôpital, voué d'avance à la démolition pour dégager la place, du côté du Midi, et les quais des deux rives du petit bras de la Seine, il serait complètement isolé des trois autres côtés par le quai Napoléon et les rues d'Arcole et de la Cité, trois voies magistrales. »⁶⁵

⁶⁴ Il semble qu'Hausmann ait entretenu de très bons rapports avec A. Husson, directeur de l'AP, durant pratiquement tout le Second Empire (1859-1870), et qu'il ait trouvé dans ce dernier un administrateur zélé et efficace. Voir *infra* Chapitre III.

⁶⁵ HAUSSMANN G.-E., *Mémoires, op.cit.* p. 1097.

Hausmann s'attribue dans ses *Mémoires* tout le mérite de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, mais la date de son inauguration, bien postérieure à son administration préfectorale, est le signe qu'il n'a pu mener le projet jusqu'à son terme. Du reste, les projets de déplacements et de reconstruction de l'Hôtel-Dieu sont forts anciens et certains remontent au XVIII^e siècle. En réalité, on peut distinguer deux périodes dans la reconstruction de l'Hôtel-Dieu : durant la première moitié du siècle et jusqu'en 1848, différents projets sont à l'étude mais ne débouchent que sur des remaniements superficiels, puis à partir de la Seconde République et du Second Empire, la reconstruction apparaît plus urgente. Le débat entre les partisans d'un déplacement et ceux en faveur d'une reconstruction totale ou partielle *in situ*, rebondit dans les années 1860. Il semble prendre fin en 1866, avec le début des travaux du nouvel Hôtel-Dieu, mais celui-ci ne voit finalement le jour qu'en 1877, inauguré par Mac-Mahon, après plusieurs interruptions et modifications.

La Révolution française interrompt en effet tous les projets mis à l'étude⁶⁶ à la suite du tragique incendie en 1772. En 1788, le *Rapport de l'Académie des Sciences* énonce néanmoins un programme architectural qui est en vigueur durant tout le XIX^e siècle. Il se prononce pour la reconstruction et le déplacement de l'hôpital séculaire. Des améliorations notables ont lieu cependant sous le Consulat et l'Empire, tenant compte en partie des observations de l'Académie des Sciences. Clavareau⁶⁷ en fait état, en signalant la création d'une nouvelle salle de femmes et une séparation plus stricte entre les sexes, le début de la suppression des lits à plusieurs malades, la création d'un promenoir pour les malades grâce à l'addition de la terrasse de l'archevêché⁶⁸, la construction d'une salle de bains pour les hommes à proximité de leur infirmerie, d'un nouveau dépôt de vêtements, d'une nouvelle lingerie. Il

⁶⁶ FOUCAULT M. *et alii*, *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Paris, Dossiers et documents d'architecture, Institut de l'environnement, 1976.

⁶⁷ CLAVAREAU. *Mémoire sur les hôpitaux civils de Paris*. Paris, Prault, an XIII (1805), p. 36-83

⁶⁸ Il s'agit du petit jardin mentionné par Guérin en 1838, dans lequel les malades ont des contacts avec l'extérieur.

souligne l'avancée que constitue selon lui, la suppression de la boucherie, de la boulangerie et de la pharmacie, mesure susceptible de réduire les risques d'incendie, mais se réjouit également, sans cette fois mesurer le danger, de l'ajout de poêles dans les salles pour éviter le froid l'hiver qui faisait parfois geler les aliments et les boissons. Enfin le transfert « des fous et des folles » vers des établissements spécialisés est mentionné comme un facteur de progrès pour le confort et le rétablissement des autres malades. Deux innovations sont à mettre à part dans ce programme qui vise à perfectionner l'Hôtel-Dieu et à le sortir de la gangue de l'hôpital-mouroir, dont il a encore bien du mal à s'extraire : la création depuis 1801 du Bureau Central d'Admission, qui doit permettre de « trier » les malades véritables des simples indigents⁶⁹ venant chercher une aide matérielle et un secours que les institutions charitables sont censées offrir aux malheureux ; et puis dans un registre cette fois plus symbolique, la démolition de l'ancienne entrée de style gothique et sa reconstruction dans un style néo-classique par Clavareau et qui doit donner :

« L'aspect imposant qui doit caractériser tous les établissements d'utilité publique, et qui imprime à la nation la reconnaissance et le respect, et aux étrangers, l'admiration et l'estime.»⁷⁰

Quelques années plus tard, sous l'Empire, M. Duchanoy, membre de Conseil général des Hospices, établit un vaste projet de réorganisation de l'administration des hôpitaux, avec l'objectif de rationaliser les différents services de l'administration, tout en tenant compte de la nécessité, évidente à ses yeux de reconstruire l'Hôtel-Dieu. Dans son étude, Duchanoy ne précise pas où ce nouvel hôpital, à qui il attribue 800 lits, doit être reconstruit, sinon qu'il doit être situé dans un vaste espace, qui semble exclure une position centrale dans la ville :

⁶⁹ « On ne reçoit que de véritables malades et non comme autrefois des indigents, qui n'avaient d'autres titres à alléguer que leur misère », CLAVAREAU, *Mémoire sur (...)*, *op. cit.*, p. 36-83

⁷⁰ CLAVAREAU. *Mémoire(...)* *op. cit.*, p. 36-83.

« L'Hôpital doit être, pour plus grande salubrité, dans un emplacement vaste, bien ouvert, sur un fond sec, et cependant à portée de l'eau ; sans voisinage bruyant, ou infecté de mauvaises odeurs ; à mi-côte de préférence ou sur un monticule, avec une pente pour l'écoulement facile des eaux. »⁷¹

Extrêmement précis sur la description et la finalité des bâtiments, il dresse le portrait d'un hôpital pavillonnaire, en de nombreux points semblable au plan de Tenon, et qui ressemble beaucoup à celui qui va être construit, dans un espace plus restreint entre 1866 et 1877 à l'ombre de Notre-Dame.

Il faut attendre les années 1830 pour voir resurgir les premiers programmes de reconstruction de l'Hôtel-Dieu depuis l'Ancien Régime. L'annonce de l'épidémie de choléra fait réagir les autorités sur la nécessité de prévenir la contagion dans les hôpitaux français et particulièrement parisiens. Le préfet de la Seine, le comte de Bondy, pose dès la fin de l'année 1831, une série de questions au Conseil général des Hospices sur les dispositions à prendre en cas d'apparition de l'épidémie, et quelles mesures doivent être appliquées dans les hôpitaux. Deux commissions, issues du Conseil général des Hospices, sont constituées sur ce sujet : l'une administrative composée de Chaptal, Camet de la Bonardière et Cochin, l'autre sanitaire avec Portal, Dubois, Lisfranc, Chomel, Cruveilhier, Parent-Duchâtelet et Guéneau de Mussy pour membres.

« Il s'agissait de connaître quels moyens de secours, l'Administration hospitalière serait en mesure de mettre à la disposition de la population parisienne, et de rechercher les mesures préventives d'hygiène et de salubrité auxquelles il convenait de s'arrêter pour écarter les chances de contagion, plus imminentes dans les hôpitaux qu'ailleurs. »⁷²

⁷¹ DUCHANOY M., *Projet d'une nouvelle organisation des Hôpitaux, Hospices, et Secours à domicile de Paris, avec le plan d'un Hôpital à construire, son explication et le développement de ses diverses parties*, Paris, Imprimerie P. Didot l'Aîné, s.d., p. 1.

⁷² HUSSON A., *Etude sur les hôpitaux*, op. cit., p. 40

Cette question de santé publique ne va pas sans soulever une nouvelle fois la question des insuffisances de l'Hôtel-Dieu : le préfet Bondy profite de l'occasion pour soumettre au Conseil général des Hospices une proposition faite au nom d'une société anonyme, qui offrait de se charger de la construction d'un nouvel Hôtel-Dieu de 2000 lits dans la plaine de Grenelle. Bondy fait même pression sur le Conseil, en ajoutant que si celui-ci se prononce assez rapidement en faveur de ce projet, il se fait fort de faire supporter à l'État, une partie de la dépense, évaluée à 5 millions de francs. Cette « tentative de règlement des carences d'un service public de l'administration par le capitalisme »⁷³ fait long feu devant un Conseil très réticent : celui-ci s'oppose au déménagement de l'Hôtel-Dieu, au nom de la valeur patrimoniale que représente cet « antique monument de la charité de nos pères »⁷⁴, et surtout parce que, selon eux, c'est dans cet emplacement central, la Cité, que les besoins des malades sont les plus grands. Attachés à leurs prérogatives, autant qu'à l'image religieuse, symbolique, de l'Hôtel-Dieu, les membres du Conseil général des Hospices dessinent, dès 1831, les enjeux de la controverse des années 1860 autour du déplacement de l'Hôtel-Dieu.

M. Gau, architecte des hospices en 1832, propose alors le projet d'une infirmerie centrale, sur la rive gauche de la Seine :

« M. Gau, suivant en cela une idée émise par M. le Comte d'Argout, ministre des travaux publics, divisa le projet en deux parties, transportant l'établissement principal dans les bâtiments du grenier de réserve où venait déjà d'être établi un hôpital temporaire de six cent lits ; quant à l'établissement accessoire, il le conservait sur la rive gauche de la Seine, dans l'îlot compris entre le fleuve, les rues du Fouarre, Galande et du Petit-Pont (...) sur l'emplacement

⁷³ SAINTE-FARE GARNOT N., *L'architecture hospitalière (...)*, op. cit., p. 46

⁷⁴ HUSSON A., *Etude sur les hôpitaux*, op. cit., p. 41, note 2, *Rapports au Conseil, Séances des 25 novembre et 7 décembre 1831*.

qu'occupe encore aujourd'hui les services de médecine et de chirurgie (femmes) et les magasins de l'Hôtel-Dieu. »⁷⁵

Ce projet, qui ne vit pas le jour, permettait, grâce à la création de cette infirmerie centrale d'isoler 200 lits d'urgence, pour les blessures et les maladies graves. Longuement décrit par Husson, il constituait une solution intéressante de réhabilitation de l'Hôtel-Dieu ancien, tout en le maintenant dans une position centrale, satisfaisant ainsi les défenseurs de la tradition. Si le projet n'aboutit pas, c'est que les greniers de réserve ne peuvent être réaménagés, car on leur conserve leur destination d'origine. De plus, le coût de l'opération paraît exorbitant aux yeux d'une administration fort économe. En 1837, plusieurs projets sont aussi avancés par le Conseil municipal, reprenant l'idée de M. Gau d'un dédoublement du bâtiment Saint-Charles, mais cette fois-ci avec l'objectif avoué d'améliorer la circulation sur la rive gauche de la Seine. En effet, le prolongement du quai entre le Pont-aux-Doubles et le Petit-Pont, est le principal argument des conseillers municipaux, devant le Conseil général des Hospices. Le bâtiment Saint-Charles ne doit plus obstruer le passage le long de la Seine : le Conseil municipal suggère un dédoublement non plus dans la longueur mais dans la largeur, ce qui revient à scinder le bâtiment en deux.

Cette partie du projet de 1837 était déjà adoptée⁷⁶ : mais de nouvelles améliorations allaient être apportées sous l'impulsion du préfet Rambuteau, qui songe, dès 1838, à transporter l'Hôtel-Dieu tout entier sur la rive gauche de la Seine. Il confie le projet à un architecte de l'Administration des Hospices, Huvé, architecte de la Madeleine, qui suggère en 1839 un plan (assez maladroit selon Husson) : le bâtiment Saint-Charles devient le pivot d'un hôpital pavillonnaire de 624 lits comportant quatre bâtiments parallèles, de quatre étages. Le projet impliquait également le déplacement de l'église Saint-Julien-le-Pauvre. Les

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ CGHCP, *Séance du 22 février 1837*, n° 74061 « Travaux exécutés à l'Hôtel-Dieu pour le dégagement du Pont-aux-Doubles », f° 563-564.

critiques sont nombreuses⁷⁷ et les travaux, lentement commencés, sont interrompus⁷⁸ par la Seconde République, mais Husson remarque avec raison, que ce plan ne va pas sans rappeler celui de l'hôpital du Nord, qui est alors en discussion.

La II^e République et le début du Second Empire ne sont pas des époques où le sort de l'Hôtel-Dieu est une priorité : la question est délaissée d'autant que Lariboisière, inauguré en 1854, occupe le devant de la scène hospitalière. Le débat est relancé au début des années 1860 notamment à l'occasion de la grande opération d'urbanisme sur l'île de la Cité. Davenne, le premier directeur de l'Assistance publique avait néanmoins rédigé un rapport en 1853, qui soulignait pour l'administration la nécessité de repenser à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, les améliorations opérées ponctuellement depuis le début du siècle apparaissant insuffisantes.

« Le mauvais état d'une portion des bâtiments de l'Hôtel-Dieu de Paris, les inconvénients que présente leur distribution, la nécessité d'élargir la voie publique sur les deux rives de la Seine ont fait renoncer au projet, depuis longtemps à l'étude de conserver une partie de cet hôpital en remédiant à ses défauts par l'addition de quelques constructions.

L'administration de l'Assistance publique, d'accord avec l'autorité supérieure, préfère aujourd'hui abandonner complètement cet établissement et en construire un nouveau d'égale importance, qui sera de même placé dans le voisinage de la cathédrale. »⁷⁹

Dans ce programme, Davenne ne se contente pas d'indiquer les grandes lignes du futur hôpital, il donne des instructions précises à l'architecte chargé du projet, M. Gilbert : ainsi l'hôpital doit avoir 800 lits, les bâtiments les mieux

⁷⁷ Les médecins, la Commission des monuments historiques et la presse sont très hostiles au projet. Voir SAINTE-FARE GARNOT N., *L'architecture hospitalière (...)*, op. cit., p. 48.

⁷⁸ Seul un pavillon, du côté de la rue du Fouarre est édifié d'après Husson.

⁷⁹ AAP, FOSS 735, *Programme pour la construction d'un nouvel hôpital destiné à remplacer l'Hôtel-Dieu actuel*, 20 octobre 1853, signé Davenne.

exposés possibles malgré l'ombre de la cathédrale, mais le programme laisse toute latitude à l'architecte pour choisir le plan. Par ailleurs, Davenne est très attentif à la répartition des services, à la destination des bâtiments, à la stricte délimitation entre les sexes, à la facilité des déplacements pour les malades comme pour les soignants, à une capacité moyenne des salles de malades de 30 à 32 lits, complétées par des petites salles de deux lits pour les agités et les contagieux. En bref, un nouvel hôpital pratique, salubre et sobre, qui soit en accord avec son architecture d'ensemble⁸⁰. Ce rapport tombe dans l'oubli avec le remplacement de Davenne par Husson à la tête de l'Assistance publique, dans les années qui suivent, mais on peut penser qu'il a sans doute inspiré les projets ultérieurs.

À partir du milieu des années 1860, la question du déplacement et de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu resurgit.

« Le 2 mars 1865 fut arrêté par l'Administration un programme relatif aux travaux à exécuter pour la construction de nouveaux hôpitaux, l'achèvement des plans d'ensembles et la reconstruction de divers bâtiments dans les anciens hôpitaux et dans les hospices, la réorganisation des services d'accouchement, l'édification de pavillons spéciaux, destinés aux malades atteints d'affections contagieuses, et diverses opérations d'assainissement et d'hygiène, avec une évaluation sommaire des voies et moyens : ce programme s'élevait à 27,8 millions de francs.

Le préfet de la Seine s'engagea au nom de la Ville de Paris à pourvoir à l'exécution du programme de 1865, « en élevant la subvention annuelle faite à l'Assistance publique d'une somme plus ou moins considérable et pendant plusieurs années, suivant les

⁸⁰ « L'établissement doit présenter un ensemble simple, grave, ne manquant pas cependant d'élégance. Tout ornement extérieur, comme toute décoration intérieures doit paraître trouver son motif, dans une pensée d'utilité. (...) Le but principal est un but d'utilité, avec une appropriation convenable des services avec des constructions d'un ensemble satisfaisant, l'architecte aura toujours fait un bel hôpital. » *Ibid.*

besoins constatés » (Séance du Conseil de Surveillance du 23 mars 1865 et délibération du Conseil municipal du 24 mars 1865). »⁸¹

Dans ce programme, la place dévolue à l'Hôtel-Dieu est particulière :

« (...) Le déplacement de l'Hôtel-Dieu et sa reconstruction à gauche de Notre-Dame, sur l'emplacement de nombreuses rues et ruelles datant du Moyen Âge, de manière à dégager le Palais de Justice et la cathédrale et à créer la place du Parvis, projet qui fut adopté avec enthousiasme par Haussmann, par l'édilité parisienne, par Napoléon III [est] sanctionné par le décret du 22 mai 1865, qui déclara d'utilité publique la suppression de l'ancien Hôtel-Dieu, sa reconstruction et toutes les opérations de voirie complémentaires. »⁸²

Une enquête est ouverte et les avis sont très partagés : la reconstruction est certes unanimement reconnue comme indispensable pour l'opinion médicale dans son ensemble, mais le lieu de cette reconstruction est beaucoup discuté.

S'affrontent d'un côté les tenants d'une reconstruction de l'Hôtel-Dieu sur l'île de la Cité, au nom de la tradition et de la salubrité procurée par la proximité de la Seine⁸³, et de l'autre, les partisans d'une reconstruction de l'Hôtel-Dieu, dans un autre lieu, plus aéré, plus excentré, à proximité de populations plus défavorisées. Ces derniers peuvent compter sur le renfort de tous ceux qui s'opposent, pour des raisons politiques, au projet de l'Empereur.

Dans le premier camp, il est vraisemblable que l'on retrouve certains des membres du corps médical rattachés à l'Hôtel-Dieu, médecins et infirmiers, qui

⁸¹ FOSSEYEUX M., *Les grands travaux hospitaliers à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Berger-Levault, 1912.

⁸² *Ibid.*

⁸³ Argument ambivalent, la proximité de la Seine est utilisée comme un avantage pour certains dans une optique aériste car elle est un facteur de renouvellement de l'air et est un conduit d'évacuation pratique pour les souillures des malades. Mais d'autres pointent son insalubrité et l'humidité qu'elle propage à l'Hôtel-Dieu comme particulièrement néfaste pour un établissement hospitalier.

furent à l'origine d'un mémoire en 1838⁸⁴, plaidant pour le maintien de l'Hôtel-Dieu au cœur de la Cité. Dans les années 1860, le docteur Ambroise Tardieu, doyen de la faculté de médecine, qui vient juste d'être élu en 1864 au Conseil Municipal de Paris, est l'auteur d'un rapport au Conseil municipal et fait également partie des défenseurs du maintien de l'Hôtel-Dieu sur l'île de la Cité. À ses yeux, la décision de l'emplacement a d'ailleurs déjà été prise et entérinée par le Conseil municipal lors de sa délibération du 30 septembre 1864 : il n'y a pas lieu de revenir dessus. Quand au site général, il semble réunir toutes les conditions d'hygiène :

« Celui-ci est orienté du nord au midi, et de ces deux côtés il s'ouvre sur de larges espaces par le parvis de Notre-Dame, le petit bras de la Seine, et la largeur d'un double quai d'une part ; de l'autre par les quais du nord, le grand bras de la Seine, et la place de l'hôtel de Ville. Le voisinage d'un grand fleuve constitue en effet une voie naturelle et puissante aération.

À l'est et à l'ouest, les rues d'Arcole et de la Cité, sans offrir d'aussi larges espaces seront cependant agrandies dans des proportions assez considérables pour que les abords de l'Hôtel-Dieu l'emportent sur ceux de la plupart des hôpitaux connus. C'est une erreur qui s'est reproduit avec persistance : d'aucun côté, l'Hôtel-Dieu n'a à redouter l'ombre de la cathédrale (...) on reconnaîtra qu'au point de vue de l'hygiène, en ce qui touche l'orientation, l'exposition générale et l'aération, le nouvel Hôtel-Dieu réunit les meilleures conditions et ne saurait être sérieusement critiqué, surtout si on le compare à sa situation actuelle, baignant dans l'eau de la Seine (...) »⁸⁵

⁸⁴ *Observations adressées à M. le Ministre de l'Intérieur, par les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, sur le projet de destruction partielle ou totale de cet hôpital*, Paris, Malteste, 1838, 16 p.

⁸⁵ *Rapport au conseil municipal de Paris par le Dr Ambroise Tardieu, membre du conseil, dans la séance du 24 mars 1865 au sujet du projet de reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu*, Paris, De Mourgues Frères, 1865.

Surtout Tardieu s'appuie sur les arguments de ceux qui de ceux qui, mus par une « excessive tendresse archéologique »⁸⁶, sont les fervents défenseurs de la tradition d'un Paris pittoresque :

« (...) Il est pour le peuple de Paris le symbole de la bienfaisance au seuil de l'antique cathédrale ; il est, pour rentrer dans une voie purement pratique, un hôpital d'enseignement, un foyer nécessaire d'instruction, le centre de l'éducation médicale et chirurgicale clinique, où la faculté dispense la science et institue les épreuves que doivent subir les aspirants au doctorat. Il est encore à proximité du siège de l'administration de l'Assistance publique, le refuge des malades les plus gravement atteints parmi ceux, qui n'ayant pu trouver la place dans les autres hôpitaux, refluent en grand nombre vers le bureau central d'admission ; de telle sorte que, l'Hôtel-Dieu est non pas seulement l'asile ouvert aux misères de la population d'une circonscription limitée, mais par excellence l'hôpital général et central. Il faudrait pour lui dénier ce titre, oublier de quelle utilité immense il a été par sa situation même dans les grandes épidémies, et dans les temps troubles qu'ont traversés nos générations. Il offre enfin à l'administration, une ressource dont elle ne pourrait être privée sans dommage, soit pour les études qu'elle poursuit incessamment sur les diverses parties du régime hospitalier, soit pour les concours publics à l'aide desquels s'opère d'une manière à la fois si brillante et si sûre le recrutement du corps médical des hôpitaux de Paris. Ces nécessités auxquelles l'Hôtel-Dieu seul ne peut satisfaire, sont si impérieuses que dans l'état de ruine dans lequel il est actuellement, il ne subsiste en réalité que pour y faire face ; et, que s'il est urgent de le reconstruire, il paraît impossible de la déplacer. »⁸⁷

⁸⁶ L'expression est de DALY in *Revue générale d'architecture*, t. XX, 1862, cité par F. CHOAY dans son introduction des *Mémoires* du baron Haussmann, Paris, Le Seuil, 2000, p. 23.

⁸⁷ *Rapport au conseil municipal de Paris par le Dr Ambroise Tardieu (...), op. cit.*

Les adversaires de ce projet sont pourtant nombreux. Se font entendre, dans la presse médicale, les échos d'un débat qui paraît avoir largement dépassé l'enceinte du Conseil Municipal : des hommes de renom comme les docteurs Ulysse Trélat, issu d'une illustre famille républicaine et secrétaire de la puissante Société de chirurgie, Jules Guérin, le rédacteur en chef de *La Gazette Médicale*, Léon Le Fort également fervent républicain, manifestent leur hostilité au projet du Conseil Municipal. Il est intéressant de constater qu'ils tiennent à se détacher de la tradition séculaire qui relie l'hôpital et l'Église : pour eux, ça n'est pas parce que l'Hôtel-Dieu a toujours été dans l'ombre de Notre-Dame, qu'il doit le rester. On peut même déceler un soupçon d'anticléricalisme chez certains comme Henry Liouville, alors jeune étudiant en médecine, qui écrit à ce sujet :

« (...) l'éducation de la population de Paris est assez avancée pour qu'elle sache sans grands efforts que les bienfaits de l'hygiène, même dans cette circonstance seront mille fois plus efficaces que l'ombre de Notre-Dame ! »⁸⁸

Surtout, ces opposants farouches au projet de reconstruction *in situ* de l'Hôtel-Dieu sont d'attentifs observateurs des mutations sociales engendrés par les travaux de celui que Liouville nomme le Démolisseur. Ils mettent en avant la recomposition du quartier de l'île de la Cité, qui voit s'éloigner les populations les plus pauvres, qui s'en vont vers les faubourgs, chassées par la hausse des loyers. Ils en déduisent que la présence d'un hôpital au cœur d'un centre de moins en moins populaire est bien moins nécessaire qu'au temps où la Cité était un quartier misérable, peuplé de pauvres gens, pour lesquels l'hôpital était un lieu de soins essentiel.

« Mais la population des hôpitaux ne se recrute pas indistinctement dans toutes les classes de la population générale : elle se compose d'indigents, d'ouvriers, de petits employés

⁸⁸ LIOUVILLE H., *Note pour l'enquête ouverte sur le projet de déplacement du nouvel Hôtel-Dieu de Paris*, Paris, 1864.

nécessiteux. Elle n'habite pas les quartiers luxueux de la ville, mais bien ceux où elles trouvent les conditions d'existence les plus faciles .
 [Il continue en pointant le grand réaménagement autour de l'Hôtel-Dieu]
 qui a entraîné une redistribution de la population de ce quartier : les clients de l'hôpital ont émigré en grand nombre vers l'ancienne banlieue. »⁸⁹

Trélat ajoute que les statistiques montrent une baisse de la fréquentation de l'Hôtel-Dieu en comparaison des hôpitaux périphériques : c'est l'indice que la population pauvre s'éloigne de l'Hôtel-Dieu et se reporte sur les faubourgs. D'un point de vue sociologique, la nécessité d'un grand hôpital au cœur de la ville ne s'impose plus.

Pour Trélat⁹⁰, la solution réside d'une part dans la construction d'un nouvel hôpital de 350 à 400 lits dans le quartier Popincourt, quartier populaire qui manque d'infra-structures hospitalières. D'autre part, puisqu'il paraît évident qu'il faut pallier au manque de lits hospitaliers, il est favorable à la reconstruction d'un petit Hôtel-Dieu, sur la rive gauche de la Seine sur « le terrain aujourd'hui occupé par la salle des femmes de l'Hôtel-Dieu ».

Il pointe enfin les manœuvres politiques mises en œuvre par le préfet de la Seine pour faire aboutir très rapidement le projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu :

« Ces débats auxquels les hommes les plus influents de notre profession prenaient une part ardente, avaient fait quelque bruit. Le Corps législatif avait alors à voter sur un emprunt de 350 millions demandé par la ville de Paris, où figurait une somme de 12,5 millions affectée aux travaux du futur Hôtel-Dieu. La commission de l'emprunt manda une députation de la Société de chirurgie au Corps

⁸⁹ TRELAT U., *Etude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu*, Paris, Guillaumin, 1864.

⁹⁰ Ulysse Trélat, chirurgien, est en 1864 secrétaire de la Société de Chirurgie et donne des cours d'hygiène appliquée de 1866 et 1869 à l'école centrale d'architecture. Il est donc particulièrement attentif aux théories médicales aéristes et se montre hostile aux concentrations importantes de malades dans de trop vastes établissements.

législatif pour l'éclairer sur ce point. Nous n'eûmes pas de peine à la convaincre, si bien qu'elle se déclara en notre présence décidée à refuser l'allocation de 12 millions.

Mais le Préfet de la Seine avait pris ses mesures. Au moment où le rapporteur allait donner lecture de son travail au Corps législatif, on lui apprit que le décret d'expropriation des terrains pour le nouvel Hôtel-Dieu était affiché sur les murs. Il portait la signature de l'impératrice-régente, donnée pendant un voyage du chef de l'État⁹¹. Le fait était accompli, les 12 millions furent accordés. »⁹²

Hausmann a donc pris tout le monde de court pour faire approuver son projet. On est d'ailleurs facilement convaincu des manœuvres du préfet de la Seine lorsqu'on découvre les discussions au cours de la séance du conseil de surveillance de l'Assistance publique, amenée à donner son avis sur la question du projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu le 23 mars 1865. C'est le chirurgien Velpeau qui semble le plus hostile au projet, pour des raisons médicales et hygiéniques. Le reste du conseil, plus réticent, se laisse persuader par le préfet lorsque celui-ci assure que les frais seront pris en charge par la municipalité :

« Après ces paroles de M. le Préfet, le président⁹³ de la Commission chargée d'étudier le projet de l'Hôtel-Dieu expose quelle marche a suivi la commission pour s'éclairer sur toutes les questions, comment elle a été amenée, à la suite de son entrevue avec M le Préfet, à ne plus combattre le projet en lui-même, et à adopter également les voies et les moyens proposés, assurée qu'elle était que la Ville subviendrait non seulement à l'excédent des dépenses de reconstruction de l'Hôtel-Dieu que les ressources que l'administration offrait d'y affecter, mais encore aux dépenses que

⁹¹ Napoléon III est en voyage en Algérie et le décret d'expropriation qui date du 22 mai 1865 porte en effet les signatures d'Eugénie et du ministre de l'Intérieur, La Valette.

⁹² TRELAT U., *L'Hôtel-Dieu devant le Conseil Municipal*, Paris, s. d., 16 p. Ce petit fascicule est un recueil imprimé, publié après les faits, vraisemblablement en 1867 ou dans les années qui suivent.

⁹³ Il s'agit de DAVILLIER, régent de la Banque de France.

pourraient nécessiter ultérieurement la construction de nouveaux hôpitaux et de diverses autres améliorations. »⁹⁴

Le préfet a donc emporté la mise en leur promettant le financement de la ville. Du reste, il a fait en sorte que les membres de cette commission ne puissent voir l'empereur, à qui ils avaient portant demandé une entrevue, afin de régler cette question au plus vite. Haussmann semblait donc particulièrement pressé de voir aboutir cette question de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, quitte à bousculer de manière autoritaire les différentes parties. C'est ce que résume assez bien Trélat :

« Tous les efforts s'étaient brisés devant une volonté arrêtée, systématique, n'admettant ni le contrôle, ni la critique, ni même l'évidence. Cette question de l'hôpital, qui devait être résolue par la science, l'hygiène, la philanthropie, était tranchée d'autorité, parce qu'un demi-plan théâtral, demi-stratégique, le voulait ainsi. L'Hôtel-Dieu était commode pour boucher un des carrés du damier tracé sur la Cité, rasée de ses maisons et veuve de ses habitants. Qu'importaient les réclamations des médecins pouvant à peine se faire entendre ? Qu'importait la dépense, aussi folle qu'insuffisante, le bien-être réel, et le salut des malades pauvres ? C'était 30 à 40 millions qu'on leur donnait gracieusement ; et plus le chiffre serait fort, plus forte sans doute devait être la reconnaissance. Triste espoir et chétive prévoyance ! »⁹⁵

Le montage financier est d'ailleurs sévèrement mis en cause par Trélat, qui conteste les chiffres avancés par le préfet, soulignant à juste titre que les subventions accordées, en réalité la restitution anticipée d'une dette contractée par la ville de Paris vis-à-vis de l'Assistance publique, sont lourdes de menaces pour l'avenir et risquent de faire retomber le coût élevé de la reconstruction en raison des expropriations, sur les générations futures.

⁹⁴ AAP, 1L7, *Séance du Conseil de Surveillance de l'AP*, 23 mars 1865.

⁹⁵ TRÉLAT U., *L'Hôtel-Dieu devant le Conseil Municipal*, op. cit., p. 14.

« Les faits n'ont que trop clairement vérifié nos prévisions. L'expropriation des terrains coûte seule 20 à 22 millions, et chaque fois que le chef de l'État donnait un coup de crayon capricieux sur le plan de l'édifice, c'était quelques millions qu'il fallait ajouter aux devis. »⁹⁶

Pourtant le projet de construction avait déjà été amendé par la commission spéciale chargée de l'étude des avant-projets du nouvel hôpital. Elle avait obtenu l'abaissement d'un étage les pavillons parallèles, l'augmentation de la largeur des préaux de 31 à 37,60 mètres, et la suppression du bâtiment de façade devant la cour centrale au sud et la réduction à un étage le bâtiment central qui clôt la cour d'entrée. Dans ce projet, le nombre de lits est de 716, sans compter les 84 lits temporaires qui peuvent être installés dans les combles. C'est encore trop pour ces médecins qui n'envisagent pas d'hôpital au maximum supérieur à 500 lits. Mais le projet est mis en chantier dans le courant de l'année 1866.

Un rebondissement intervient lorsque l'empereur se souvient que les façades n'ont pas été soumises à sa sanction :

« La façade du quai Napoléon lui parut trop conventuelle et le caractère lui en déplut. Le conseil des bâtiments civils à qui le projet fut renvoyé, fut chargé de l'examiner. »⁹⁷

Le projet est encore une fois modifié. Pour Coisel, le résultat est d'ailleurs positif car on fait disparaître le bâtiment transversal de la cour centrale, qui en obstruait la perspective. Les travaux suspendus reprennent dès le début de l'année 1867. Au moment où guerre éclate en 1870, les bâtiments sont bien avancés, et il semble qu'on peut raisonnablement envisager la fin des travaux pour l'année 1871.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ COISEL A., Sous-Inspecteur aux travaux du nouvel Hôtel-Dieu, membre du comité de rédaction du *Moniteur des Architectes*, « Le nouvel Hôtel-Dieu. Etude. », in *Le Moniteur des architectes*, n° 11 et 12, 1877.

Évidemment, la guerre, le siège de Paris, et le changement de régime vont interrompre ce calendrier. Les travaux sont stoppés une nouvelle fois et les crédits refusés pour couvrir les constructions qui sont en cours d'exécution, la chapelle notamment. Le Conseil municipal, alors appelé à se prononcer sur la reprise des travaux, rappelle que le projet primitif n'avait été revu que pour plaire à l'empereur et critique les changements imposés en 1867. Toujours est-il que la reprise des travaux n'est consentie par le Conseil municipal qu'en 1873, avec des modifications qui entraînent des destructions partielles moyennant bien sûr des fonds supplémentaires :

« Les constructions entièrement découvertes laissèrent pénétrer l'eau et la neige, des planchers entiers furent refaits, et nombre de pierres gelées ou épaufrées furent remplacées. Des étages entiers disparurent et des bâtiments furent éventrés pour de nouveaux percements. Ce pauvre Hôtel-Dieu présentait l'aspect d'une vraie ruine ; bien douce fut la satisfaction de ceux qui avaient participé à ce travail de le voir enfin reprendre une forme possible !

Pourquoi ? Il plaisait à une administration hostile à celle qui l'avait précédée de porter la main sur l'oeuvre de cette dernière et l'architecte ne pouvait se considérer en cause. »⁹⁸

L'Hôtel-Dieu a donc été l'enjeu de querelles non seulement médicales ou hygiénistes mais également politiques et politiciennes. Il est finalement inauguré en 1877, mais le coût des travaux a largement dépassé les devis initiaux de l'ordre de 20 millions de francs, pour s'élever autour de 36 millions, et surtout vont être l'objet d'un contentieux durable entre la Ville et l'Assistance publique.

⁹⁸ *Ibid.*

3. *Lariboisière et Tenon, des alternatives à un projet sans cesse reporté*

Si on a à l'esprit la querelle concernant la reconstruction de l'Hôtel-Dieu et le fait qu'il en est question tout au long du siècle, dans un contexte de pénurie de lits hospitaliers dans les quartiers les plus populaires, il est facile d'imaginer que les chantiers contemporains des hôpitaux Lariboisière et Tenon aient pu être considérés comme des alternatives à un débat qui n'en finissait pas.

L'histoire de Lariboisière est bien plus simple : sa construction semble avoir été décidée en 1832, à la suite de la tragique épidémie de choléra qui fait près de 20 000 victimes dans la capitale. Malheureusement, on ne trouve aucune trace des discussions à ce sujet dans les archives du Conseil Général des Hospices, mais cette information est mentionnée dans divers ouvrages dignes de confiance.⁹⁹

Cependant, le déséquilibre du nombre de lits d'hôpitaux entre la rive droite et la rive gauche est une préoccupation de plus en plus vive chez les administrateurs du Conseil Général des Hospices et tous ont conscience de la nécessité de combler cette différence. Dès 1839, le préfet Rambuteau souligne cet écart devant le Conseil Municipal :

« J'ai déjà eu l'honneur d'appeler votre attention sur l'utilité de créer un hôpital dans les quartiers de la rive droite, où le besoin d'un pareil établissement se fait sentir chaque année davantage, à mesure que la population tend à s'accroître dans cette partie de la capitale, et vous avez deux fois exprimé un avis conforme à mon opinion, en

⁹⁹ HUSSON A., *Etude sur les hôpitaux (...)*, op. cit., p. 39 ; GUERARD F., *L'hôpital Lariboisière (...)*, op. cit., p. 8.

délibérant sur la réduction de l'Hôtel-Dieu et sur le projet d'agrandissement de l'hôpital de la Charité. »¹⁰⁰

Il précise :

« (...) presque tous les hôpitaux sont placés sur la rive gauche et (que) les quartiers beaucoup plus populeux de la rive droite ne sont desservis que par les hôpitaux Beaujon et Saint-Antoine placés à une très grande distance. Tous les quartiers intermédiaires des faubourgs Poissonnière, Saint-Denis, Saint-Martin, et du Temple en sont absolument dépourvus, car l'hôpital Saint-Louis est destiné presque exclusivement aux maladies cutanées. Les malades de ces quartiers excentriques sont donc obligés de se faire transporter à l'Hôtel-Dieu ou à la Charité, les deux établissements les plus rapprochés de la rive droite. »¹⁰¹

Dans un nouveau rapport en 1842, l'argument de l'inégalité des deux rives en termes de ressources hospitalières est rappelé :

« En refaisant le compte uniquement avec les hôpitaux généraux on obtient un rapport de 2269 contre 678, rive droite. L'inégalité de cette répartition est encore plus frappante aujourd'hui que la population des arrondissements de la rive droite (sans y comprendre le 9e) est de 628 113 habitants tandis que celle des trois arrondissements de la rive gauche n'est que de 238 773 d'après le dernier recensement.

L'inconvénient de cet état des choses avait fixé l'attention de l'administration dès 1814 et l'avait déterminé à acquérir un terrain dans le clos Saint-Lazare pour y construire un hôpital. Les événements de 1815 ont seuls empêchés l'exécution de cet utile projet qu'il appartient à notre administration de réaliser.

¹⁰⁰ *Mémoire de M le Préfet au Conseil municipal en date du 6 juin 1839, in Documents à consulter sur la création d'un hôpital de 600 lits que l'administration municipale a proposé d'établir dans le quartier Nord de la Ville de Paris, Paris, Bailly, 1843, AAP C-468.*

¹⁰¹ *Ibid.*

(...) si on ajoute à l'augmentation de la population, la considération de l'embellissement successif apportés dans le centre de Paris et du renchérissement des loyers, on verra que la population ouvrière, celle qui fréquente les hôpitaux, se porte naturellement dans les quartiers excentriques de la rive droite, aussi bien dans ceux de la rive gauche. C'est donc là qu'on doit lui procurer les moyens de se faire traiter en cas de maladie, afin de ne pas trop éloigner les malades de leurs familles. »¹⁰²

Quoi qu'il en soit le manque de lits est patent dans la capitale tout au long du siècle. Or, l'administration possède un terrain acquis en 1818 pour y construire un hôpital : le clos Saint-Lazare au nord de la capitale.

Apparemment décidé en 1832, le projet reste au point mort jusqu'en 1838, année au cours de laquelle les édiles et l'administration se réveillent et reconnaissent la nécessité de construire un nouvel établissement.

« Peu de choses aussi aux années 1838 ou 1839, bien que la création d'un hôpital pour les besoins impérieux des malades ait été demandée par l'Administration en 1838, que cette nécessité ait été reconnue par le Conseil Municipal le 17 mai 1839, à propos de l'agrandissement de la Charité et le 26 juillet, à la suite de la discussion du budget de 1839, qu'un rapport ait été adressé au Conseil Général des Hospices le 22 mai suivant par le comte de Kergorlay et qu'une Commission médicale (...), composée de 7 membres, 5 médecins et 2 chirurgiens, ait été constituée le 21 août. »¹⁰³

C'est donc véritablement à partir de l'année 1839, que le projet connaît une véritable mise en œuvre. Le rapport de Kergorlay ne fait pas mystère des

¹⁰² *Mémoire de M le Préfet au Conseil municipal en date du 7 avril 1842 sur le projet définitif du nouvel hôpital à établir au nord de Paris*, in *Documents à consulter sur la création d'un hôpital de 600 lits que l'administration municipale a proposé d'établir dans le quartier Nord de la Ville de Paris*, Paris, Bailly, 1843, AAP C-468.

¹⁰³ GUERARD F., *L'hôpital Lariboisière (...)*, op. cit, p. 10.

raisons qui ont présidé à la nécessité d'édifier un nouvel établissement hospitalier à Paris :

« Aujourd'hui en 1839, le nombre des lits dans les hôpitaux est de 5400, et la population de Paris de 909 126 individus, à laquelle il convient d'ajouter les communes rurales du département, de 197 765 âmes, qui donnent ensemble le chiffre de 1 106 891 individus. Ainsi, la population de Paris s'est accrue, laissant de côté celle des communes rurales, de 249 126 âmes, et le nombre de place dans nos hôpitaux est successivement descendu de 5400, - 845 au-dessous du chiffre cité par Tenon.

Paris où l'opulence possède un si grand nombre de magnifiques palais, où la religion, la science, les arts et le commerce ont des monuments spéciaux et si richement consacrés à leur destination, Paris n'a point encore de nos jours un hôpital réunissant toutes les conditions locales d'hygiène. »¹⁰⁴

La persistance de menaces épidémiques, mesurée pleinement depuis 1832, alliée à la pression démographique de plus en plus forte dans la capitale, font donc prendre conscience aux autorités de l'inadéquation de l'offre dans l'accès aux soins pour les plus pauvres. On perçoit donc une réelle attention portée à une priorité de santé publique dans le projet de construction du nouvel hôpital. Édifier un hôpital qui soit un modèle, digne de la capitale européenne que souhaite être Paris sous la monarchie de Juillet, fait aussi partie des préoccupations des édiles.

Jusqu'en 1843, les commissions médicales et sanitaires au sein du Conseil général des Hospices sont chargées d'étudier les différents projets de plans pour le nouvel hôpital qu'on désigne rapidement comme l'hôpital Louis-Philippe. Là encore, les tergiversations sur le plan, sur l'orientation des

¹⁰⁴ *Rapport fait par M. Kergorlay à la commission du Conseil général des Hospices civils, chargée de l'examen des programmes et du nouvel hôpital de 400 lits destinés à la réception des maladies aiguës et chirurgicales des pauvres des faubourgs Saint-Martin, Saint-Denis, et Montmartre (22 mai 1839), cité in HUSSON A., Etude sur les hôpitaux (...), op. cit. p. 46.*

bâtiments et même sur le choix du terrain ralentissent l'exécution des travaux qui commencent cependant au cours de l'année 1846. On est cependant dans des délais beaucoup plus courts que pour l'Hôtel-Dieu.

Après l'interruption causée par les Journées de Juin 1848, le projet et les travaux sont poursuivis sous la Seconde République et l'Empire. En 1851, alors que le chantier est bien avancé, le legs de la comtesse de Lariboisière contribue à accélérer les travaux, tout en permettant des aménagements confortables, qui vont contribuer au prestige de l'établissement, inauguré en 1854.

La construction de l'hôpital de Ménilmontant, futur hôpital Tenon, témoigne d'une gestation encore plus rapide. L'idée d'ériger un hôpital dans l'est de la capitale n'est pas neuve : dès 1864, Ulysse Trélat, à propos de la querelle de l'Hôtel-Dieu, suggère de construire un hôpital dans des quartiers populeux, pour lesquels le nombre de lits offerts est insuffisant :

« (...) s'il est nécessaire d'élever quelque part un hôpital, s'il est un quartier où les besoins de la population sont manifestes, c'est incontestablement le quartier Popincourt. »¹⁰⁵

Il ajoute :

« L'hôpital Popincourt qu'on pourrait sans injustice appeler Tenon pourrait être construit en deux ans. Ses 450 lits nouveaux permettraient d'évacuer tout ou partie des bâtiments de la rive gauche de l'Hôtel-Dieu actuel et de procéder à l'élévation du nouvel Hôtel-Dieu. »¹⁰⁶

De fait, dès l'année suivante, en 1865, le programme de l'Assistance publique « relatif aux travaux à exécuter pour la construction de nouveaux hôpitaux »¹⁰⁷ prévoit la construction d'un nouvel hôpital dans le nouveau 20^e arrondissement. En 1868, l'avant-projet du nouvel hôpital de Ménilmontant,

¹⁰⁵ TRELAT U., *Étude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu*, Paris, Guillaumin, 1864.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ SAINTE-FARE GARNOT, N., *L'architecture hospitalière (...)*, *op. cit.*, p. 56. Ce programme est également mentionné par Marcel FOSSEYEU. Voir page 31.

soumis à une enquête, est décrété d'utilité publique.¹⁰⁸ Les travaux sont entrepris dès 1870, vite interrompus par la guerre et le siège, ils sont repris en 1872 pour être achevés six ans plus tard. L'hôpital de Ménilmontant est inauguré en novembre 1878. Il est rebaptisé le 14 février 1879 du nom du célèbre chirurgien J. R. Tenon (1724-1816). On relève dans les rapports de l'administration un souci de répondre au plus près aux besoins d'une population de plus en plus nombreuse :

« Dans le programme dressé en 1865, des principales améliorations à réaliser dans les services hospitaliers, indépendamment des constructions spéciales à édifier pour les accouchements et pour les malades atteints d'affections contagieuses particulièrement la variole, je comprenais la création de deux hôpitaux généraux destinés à nous fournir d'indispensables ressources, et à combler les deux grandes lacunes existants, au nord-est, entre les hôpitaux Lariboisière et St-Antoine, et au sud-ouest, entre Necker et Beaujon. »¹⁰⁹

On le voit, la création de ces deux hôpitaux sur la rive droite, à la périphérie de l'agglomération, répondait à un objectif de rationalisation de l'offre, en raison des transformations démographiques et économiques de la capitale, en raison aussi de la vive conscience de l'insuffisance du nombre de lits dans des quartiers de plus en plus peuplés, en particulier après l'annexion de 1860. Le retard pris dans la reconstruction de l'Hôtel-Dieu n'est certainement pas étranger à la relative rapidité de réalisation (15 ans pour Lariboisière et 13 ans pour Tenon) des deux nouveaux hôpitaux au nord de la capitale, comme si l'administration voulait prouver que l'enlèvement de la rénovation du plus vieil hôpital de Paris, ne l'empêchait pas d'être active dans des quartiers où les besoins étaient les plus forts. Ces hôpitaux assez semblables dans leur plan,

¹⁰⁸ Note publiée en 1869 sur le projet d'un hôpital à édifier à Paris dans le 20^e arrondissement sur le coteau de Ménilmontant, Assistance publique, Rapports divers, C- 2128.

¹⁰⁹ *Ibid.*

témoignent du dynamisme des théories architecturales, autre signe de la rationalisation de l'hôpital dans la ville de la fin du XIX^e siècle.

C. L'architecture au XIX^e siècle : prédominance des principes hygiénistes

L'architecture des hôpitaux considérés comme des modèles dans la fin du XIX^e siècle reprend les conceptions en vigueur avant la révolution pastoriennne, basées essentiellement sur des théories hygiénistes aéristes. Cependant, le consensus est difficile concernant en particulier l'emplacement, l'orientation mais également la forme à donner aux nouveaux bâtiments.

1. Orientation des terrains

Les discussions suscitées par la reconstruction de l'Hôtel-Dieu illustrent parfaitement les difficultés qu'avaient les médecins comme les administrateurs à se mettre d'accord à ce sujet. Fallait-il reconstruire dans la ville au plus près des populations qui risquaient d'en avoir besoin ? Ou bien choisir un lieu excentré, loin du bruit et de l'agitation des centres urbains ?

Jusqu'au XIX^e siècle, l'habitude était de ne garder au centre des villes que les hôpitaux destinés aux malades, tandis que les contagieux étaient de préférence rejetés à la périphérie. Vers le milieu du siècle, comme le souligne R. F. Bridgman, «cette opinion se modifie et on exprime le souhait de voir les hôpitaux se construire en-dehors des villes ; mais les besoins des grandes agglomérations, leurs expansions tentaculaires englobant les hôpitaux qu'on

avait voulu « extra-muros » quelques décades auparavant, empêchent qu'une règle absolue soit dégagée.»¹¹⁰

La première recommandation que font tous ceux qui écrivent sur les constructions hospitalières au XIX^e siècle concerne la ventilation des nouveaux bâtiments qui doit être privilégiée : que ce soit Clavareau en 1805, de Trédern en 1811, de Gisors en 1821, Leuret en 1838, et même Cowles en 1887, tous insistent sur la nécessité de terrains bien aérés tant l'idée qu'un air sain est propice à la guérison des malades. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que les terrains soient forcément situés en périphérie :

« (...) en élevant de nouveaux hôpitaux, il faut assurer la bonne ventilation, la pureté de l'air, le propreté, l'aménagement convenable, et la simplicité de la construction, condition qui facilitera toutes les autres. » (...)

« Ces conditions essentielles peuvent être quelquefois remplies d'une façon satisfaisante dans les parties de la ville où la population est la plus dense. En ce cas, il faut réserver, sur tout le pourtour de l'hôpital, un espace libre dont la hauteur égalera au moins deux fois la hauteur de la maison voisine la plus élevée. C'est le sens commun qui guidera le choix, quand de fortes raisons militeront en faveur d'un emplacement suburbain. S'il en est ainsi, on peut sans aucun inconvénient établir en ville un petit hôpital de réception pour les blessés et les malades graves, les commodes voitures d'ambulances que l'on fait aujourd'hui rendant le transport plus facile qu'autrefois. »¹¹¹

Au moment de la querelle de l'Hôtel-Dieu, ces arguments font partie de ceux utilisés par ceux qui penchent pour une reconstruction dans un endroit plus salubre que l'île de la Cité. La plupart des arguments hygiénistes sont

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 121.

¹¹¹ COWLES E., « Construction et organisation des hôpitaux », traduction in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, avril-juin 1887, p. 316.

résumés par la Société de Chirurgie en 1864¹¹², qui fait paraître une charte des bons préceptes à appliquer pour la reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu, et plus généralement pour tout type d'hôpital de la seconde moitié du XIX^e siècle. Les membres de la Société de Chirurgie rappellent qu'un bon hôpital doit être situé sur un terrain suffisamment vaste, entre 10 000 et 12 500 m² pour 200 à 250 malades, dans un « lieu découvert », sur un « sol sec » en légère pente. Celui-ci doit être dans la mesure du possible éloigné du centre des agglomérations densément peuplé, sur des terrains par conséquent moins chers. Leur faible capacité garantit de bonnes dispositions hygiéniques, et implique qu'on évite de multiplier les étages, qui engendrent des « couches atmosphériques plus ou moins viciées ». Les bâtiments sont orientés idéalement sur une seule ligne ou en lignes parallèles, à larges intervalles de 80 à 100 mètres de façon à être exposés de manière identique aux rayons du soleil, à la pluie ou au vent. Ceux-ci doivent être isolés et n'avoir aucune mitoyenneté avec les constructions avoisinantes, pour une plus grande tranquillité et une meilleure salubrité. Enfin, les salles comportent au maximum 15 à 20 malades afin d'assurer une meilleure surveillance et des soins plus efficaces, afin d'éviter les risques de contagion. Pour permettre une meilleure circulation de l'air dans ces salles, on décrète la suppression des rideaux. Il faut rappeler que cette mesure, qui va peut-être à l'encontre du respect de la pudeur des malades, est considérée, depuis quelques années déjà, comme un progrès nécessaire, tant ces rideaux sont des foyers d'infection.

Ces principes édictés, il s'agit de vérifier comment dans la réalité, chacun des hôpitaux construit ou réédifiés y répond. Pour Lariboisière, même si le terrain, le clos Saint-Lazare, appartenait en partie à la Ville depuis 1814, la disposition du terrain dans un quartier neuf, bien aéré correspond à première vue aux lignes directrices des théories hygiénistes en cours au XIX^e siècle. Le terrain est découvert, certes assez proche des lignes de chemin de fer de la gare du Nord, mais on a fait en sorte d'isoler les bâtiments par un espace tout autour

¹¹² « Revue hebdomadaire. Société de Chirurgie : discussion sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Conclusions. », *Gazette médicale de Paris*, n° 53, 31 décembre 1864.

de l'hôpital afin de les préserver du bruit. Surtout, il est en contact avec des quartiers populaires qui vont bientôt s'approprier le nouvel hôpital. Le principal défaut de ce terrain est qu'il a servi de voirie à boue pour la ville, et qu'il a fallu pour éviter que les fondations ne soient trop fragilisées, combler ces fosses ce qui a sensiblement augmenté le coût de la construction.

« Ces terrains de la Ville avaient été utilisés et avaient servi pendant longtemps de voirie à boue. Il y restait de profonds trous d'une ancienne carrière. »¹¹³

Manifestement, on a privilégié l'aspect pratique et bon marché sur l'aspect hygiéniste d'un terrain commode, car déjà pour partie propriété de la Ville, dans un quartier, le nord de la capitale, qui manque de lits d'hôpitaux. Ce sont les édiles et les administrateurs qui semblent l'emporter sur les avis médicaux, même si ceux-ci ont été consultés.

En ce qui concerne l'hôpital Tenon, le prix et la disponibilité des terrains ont été là aussi des arguments décisifs dans le choix de l'emplacement :

« Nous avons profité des grands changements apportés par le percement de nouvelles voies publiques dans cette partie de Paris, et de l'état d'incertitude qui suit immédiatement ces sortes de modifications territoriales, pour nous rendre acquéreurs d'une surface de terrain suffisamment étendue et isolée par de grandes voies publiques. »¹¹⁴

Cependant, les commodités du lieu sont perçues, la situation en hauteur, à proximité et le calme du cimetière du Père-Lachaise font écrire à Louis Étienne, architecte des hôpitaux de la Charité et de Saint-Antoine :

« C'est un quartier fort désert. (...) mais loin d'être un défaut pour un groupe de constructions destiné à des malades, cette

¹¹³ GUERARD F., *L'hôpital Lariboisière. L'enclos Saint-Lazare*, Paris, Steinheil, 1888, chap II.

¹¹⁴ « Note publiée en 1869 sur le projet d'un hôpital à édifier dans le 20^e arrondissement sur le coteau de Ménilmontant », *Assistance Publique, Rapports, divers*, AAP : C-2128

solitude et cette absence d'habitations avoisinantes permet à l'air de circuler aisément sur les coteaux de Ménilmontant. »¹¹⁵

Pour l'Hôtel-Dieu enfin, si le choix de l'emplacement a été tranché de manière assez autoritaire par l'empereur en 1865, vraisemblablement au nom de la tradition séculaire associant la cathédrale et l'hôpital, les médecins et la commission chargée de l'étude des différents projets¹¹⁶ au lendemain de la guerre, ont néanmoins obtenu en 1873 la démolition du dernier étage du bâtiment reconstruit, au nom d'un hygiénisme, qui répugne à une trop grande concentration de malades dans un même lieu.¹¹⁷

Ainsi le décalage est-il notable entre les théories finalement assez floues sur la salubrité de l'air et le calme à donner aux malades, et les impératifs essentiellement financiers des administrateurs, confrontés à une hausse des terrains et à la nécessité de construire des établissements de soins au plus près des populations nécessiteuses. Ces principes aéristes sont néanmoins respectés de manière plus rigoureuse lorsqu'il s'agit de construire de petits établissements, moins chers, destinés au repos des convalescents, construits en 1865 pour les femmes au Vésinet et pour les hommes à Vincennes.

2. *L'héritage du XVIII^e siècle : le modèle pavillonnaire*

En matière d'architecture hospitalière, la révolution ne date pas du XIX^e siècle mais de la fin du siècle précédent. À la suite des deux incendies de

¹¹⁵ ETIENNE L., *Etude sur l'hôpital de Ménilmontant*, Paris, Parent, 1876.

¹¹⁶ Elle est constituée de 7 membres du Conseil de Surveillance : Davillier, régent de la Banque de France et vice-président du Conseil de Surveillance, Bouchardat, professeur d'hygiène à la faculté de médecine, Laborie, président de la Cour de Cassation, Moissenet, médecin de l'Hôtel-Dieu, Nast, ancien maire-adjoint, Wurtz, membre de l'Académie des Sciences, doyen de la Faculté de médecine, et Dubail, maire du 10^e arrondissement et rapporteur de la Commission.

¹¹⁷ Conseil de Surveillance, Séances des 20 février et 6 mars 1873, *Rapport au nom de la Commission du Conseil chargée de l'examen préalable des divers projets de modification des bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu*, Paris, Dupont, 1873.

l'Hôtel-Dieu au XVIII^e siècle, notamment du dernier de 1772 durant lequel l'hôpital avait brûlé durant 11 jours, une Commission présidée par Jacques-René Tenon (1724-1816) entouré des plus grands savants comme Lavoisier, Laplace, Coulomb ou Bailly, avait été mise en place¹¹⁸ au sein de l'Académie des Sciences afin de réfléchir aux meilleurs moyens de bâtir un hôpital, en évitant que se renouvellent de si fâcheux événements. Les rapports de cette commission qui datent pour la plupart de 1787, ont été publiés en 1788 sous le titre de *Mémoires sur les hôpitaux*, signés par le plus actif artisan de cette entreprise, Jacques-René Tenon. Les principales conclusions auxquelles ils aboutissent pour l'architecture hospitalière vont marquer durablement les conceptions des médecins et des administrateurs tout au long du XIX^e siècle : le modèle pavillonnaire est proclamé comme le moyen le plus sûr d'éviter les contagions, tout comme le risque d'incendie.

« Dans les comités que nous avons tenus au mois d'avril 1787, on a proposé de partager ces parallèles en pavillons isolés ; c'est cette disposition que nous avons définitivement adoptée depuis le retour de nos confrères, et dont nous présentons à l'Académie, l'ordonnance générale et les principales dispositions. (...) Les pavillons auront 24 pieds de large dans œuvre, sur une longueur d'environ 28 toises ; les extrémités, sur une largeur d'environ 5 toises, seront en saillies et seront pour les dépendances des salles ; celles-ci, ayant environ 18 toises de long, contiendront 36 lits sur deux rangs ; la hauteur des salles sera de 14 à 15 pieds, et les fenêtres placées au-dessus des lits à la hauteur de 6 pieds, s'élèveront jusqu'au plafond. Les pavillons auront trois rangs de salles, l'une au rez-de-chaussée, particulièrement destinée aux convalescents, et les deux autres dans les étages supérieurs ; le troisième étage sera employé à loger le service et à placer les magasins... »¹¹⁹

¹¹⁸ Voir CANDILLE M., « Les projets de translation de l'Hôtel-Dieu de Paris hors de la Cité ». in *Revue de l'Assistance publique à Paris*, 1956, n°44, p. 743-752 ; 1957, n°46, p. 239-263 ; n°47, p. 343-359 ; n°48, p. 433-449.

¹¹⁹ Rapport de l'Académie des Sciences du 12 mars 1788, cité par A. HUSSON, *Étude sur les hôpitaux (...)*, op. cit., p. 32-33.

Ces idées nouvelles sur une séparation des bâtiments en pavillons marquent une étape majeure dans la réflexion sur la conception de l'hôpital, désormais pensé comme un lieu de soin, et qui doit donc devenir un « dispositif anti-contagion ».¹²⁰ Pour ce faire, les corps soupçonnés d'être contagieux sont désormais mis à distance, et on tente d'améliorer la ventilation :

« Excipient et véhicule de tous les miasmes que les corps malades sans cesse distillent, mais aussi élément indispensable à la vie, l'air est pour ces raisons et depuis longtemps l'objet d'une attention vigilante et inquiète »¹²¹

En outre l'édifice hospitalier devient également un « dispositif thérapeutique »¹²² en lui-même, notamment par une distinction et une séparation plus stricte entre les différents types de malades. En même temps qu'il se spécialise, l'espace de l'hôpital se réorganise en salles, distinguées désormais en départements :

« Tout se passe dès lors comme si cette administration de l'espace et des corps à la fois préparait, accompagnait mais aussi prolongeait l'intervention médicale proprement dite. Plus précisément on voit comment l'édifice hospitalier devient en sa matérialité même une composante essentielle du dispositif thérapeutique, fonction quasi-physique de l'institution. »¹²³

La révolution conceptuelle, issue des réflexions de la Commission des membres de l'Académie des Sciences, faisant de l'hôpital une « machine à guérir » (Tenon), date donc bien véritablement de la fin du XVIII^e siècle. Mais la mise en application de ces théories ne voit le jour qu'au XIX^e siècle, pour la première fois de manière la plus complète avec l'achèvement de Lariboisière en

¹²⁰ BEGUIN F., « La machine à guérir », in FOUCAULT M. *et alii*, *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Dossiers et documents d'architecture. Institut de l'environnement, Paris, 1976, p. 55-69.

¹²¹ *Ibid.*

¹²² *Ibid.*

¹²³ *Ibid.*

1854. Elles demeurent en vigueur jusqu'à la fin du siècle comme le remarque en 1898 l'ingénieur L. Borne, rédacteur à *La Construction Moderne*, dans son ouvrage sur la construction des hôpitaux :

« D'après tous ces travaux, d'après l'étude des hôpitaux les plus récents, on peut formuler de la manière suivante les principales règles de la construction des hôpitaux :

1° l'hôpital doit être placé, autant que possible, en-dehors des villes, sur un terrain sec et salubre. La surface totale doit être de 100 à 150 mètres carrés par lit de malade ; il faut attacher la plus grande importance à l'alimentation d'eau et au drainage des eaux usées (eaux vannes, ménagères et pluviales).

2° Les pavillons de malades doivent être parallèles entre eux et tous orientés de manière la plus avantageuse (...)

Ils doivent être séparés les uns des autres par des cours ayant une largeur au moins égale à une fois et demi la hauteur du pavillon.

Des allées et des jardins plantés d'arbres doivent isoler les pavillons de la clôture de l'hôpital ou des bâtiments extérieurs, s'il y en a. (...)

3° Les services pouvant devenir une cause d'infection seront isolés et disposés de telle manière que les vents régnants ne ramènent pas les émanations sur les salles de malades.

4° Il faut que les bâtiments soient largement exposés à l'action assainissante des courants aériens ; éviter les cours fermées et tous les décrochements de plan qui ne sont pas indispensables. »¹²⁴

On retrouve les grandes lignes des principes énoncés par l'Académie des Sciences en 1788, rappelés également par la Société de Chirurgie en 1864. Il convient d'ajouter que ces principes ont connu au cours du siècle deux motifs

¹²⁴ BORNE L., *Études et documents sur la construction des hôpitaux*, Paris, Aulanier et Cie, 1898, p. 20-21.

supplémentaires de justification. En 1814-1815, comme le rappelle justement Armand Husson, au moment de l'invasion par les troupes étrangères, et pour soulager des hôpitaux débordés, le Conseil général des Hospices avait eu l'idée d'utiliser des abattoirs en cours de construction dans les quartiers du Roule, de Montmartre et de Ménilmontant, pour y loger les blessés qui affluaient de toutes part :

« Or chose étrange, c'est que dans ces hôpitaux improvisés et partant fort incomplètement appropriés au service des malades, la mortalité fut moitié moindre que dans les hôpitaux ordinaires de l'Administration où tout semblait si bien organisé en vue de la rapidité et de l'efficacité des secours médicaux. Cette constatation renforce l'idée de la justesse des vues de Tenon et de la Commission sur l'importance des pavillons séparés. »¹²⁵

Les épidémies de choléra de 1832, 1849 et 1853-54 ont également permis de justifier les positions de l'Académie des Sciences concernant la structure pavillonnaire, dans la mesure où la concentration des cholériques dans de grands ensembles hospitaliers comme Necker ou La Charité¹²⁶ a accru la contagion, et a pu stimuler encore la réflexion sur la nécessité de structures pavillonnaires. On le voit, les conceptions architecturales de Tenon demeurent la norme tout au long du XIX^e siècle et vont inspirer les projets de construction de Lariboisière, du nouvel Hôtel-Dieu et de l'hôpital de Ménilmontant.

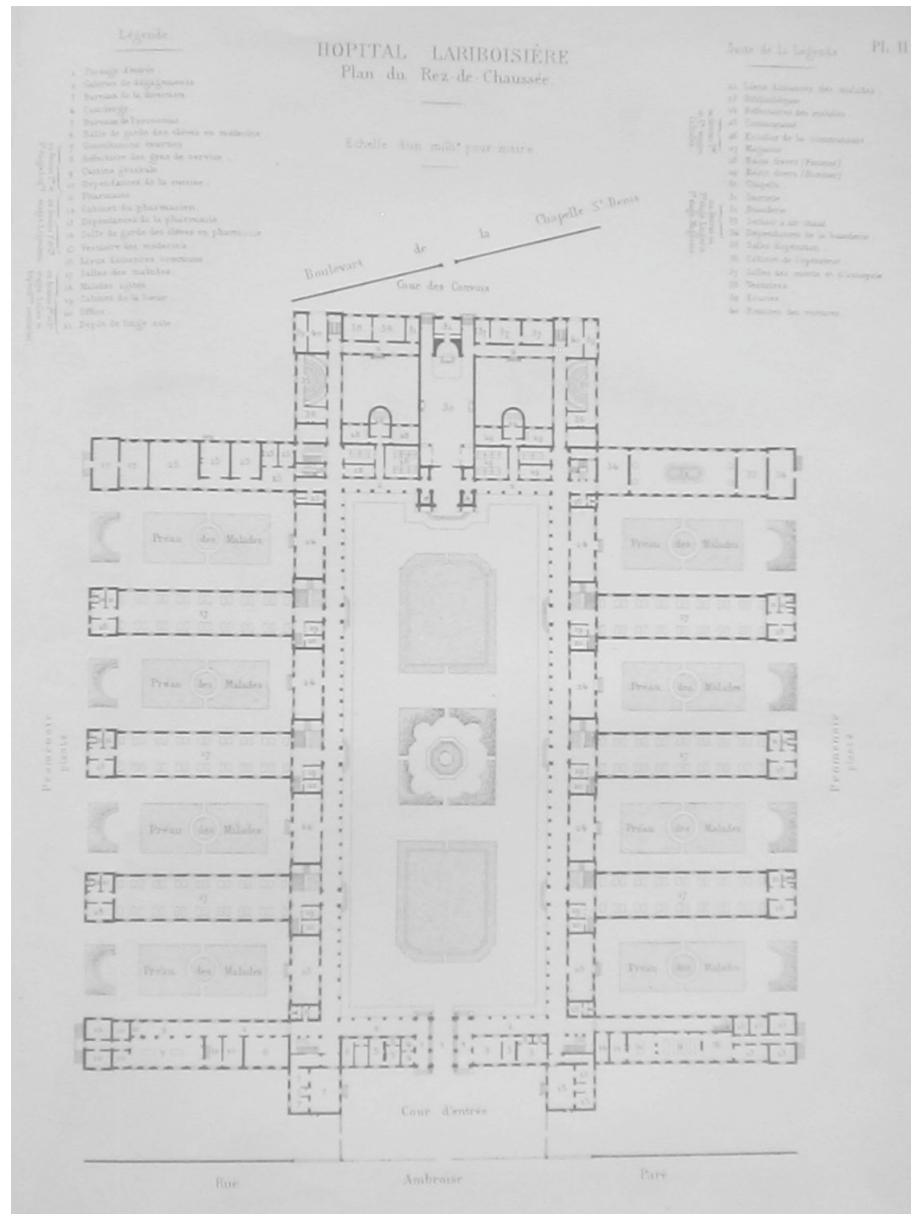
Lariboisière tout d'abord est le premier des hôpitaux construit selon ces préceptes. Situé dans un quadrilatère d'environ 55 000 mètres carrés à l'est de la gare du Nord, et à l'ouest de la rue du Nord, qui ne s'appelle pas encore le boulevard Magenta, il est bordé au nord par le boulevard de la Chapelle et au sud par la rue Ambroise Paré. L'essentiel des terrains a été acquis par la

¹²⁵ HUSSON A., *Etude sur les hôpitaux*, op. cit., p. 37. Il indique que ces hôpitaux de fortune reçurent plus de 4 000 malades.

¹²⁶ Ce sont les deux hôpitaux dans lesquels la mortalité est la plus forte. Voir BLONDEL F., *Rapport sur les épidémies cholériques de 1832 et 1849 dans les établissements dépendants de l'Administration générale de l'Assistance publique*, Paris, Dupont, 1850, AAP : D-85

municipalité en 1818, puis étendu grâce à l'achat au baron James de Rothschild de parcelles adjacentes au nord, en 1845, puis en 1855. Alors que l'hôpital était achevé, on se rendit compte en effet qu'il serait plus judicieux de donner aux malades plus d'air et d'espace et on agrandit le terrain autour de l'hôpital d'une bande de 24,50 mètres d'un côté, et 27,50 mètres de l'autre, les rues latérales de Maubeuge à l'est et Guy Patin à l'ouest étant reportés d'autant. Le plan de l'hôpital est dû à l'architecte de l'Administration des Hôpitaux et Hospices Martin-Pierre Gauthier (1789-1855), qui s'est déjà illustré dans certains travaux d'hôpitaux comme à la Charité, à Bicêtre, dans l'élaboration de l'hospice de la Reconnaissance à Garches et plus récemment grâce à la reconstruction de l'hôpital Saint-Nicolas de Troyes. Le plan adopté est tout à fait conforme au plan pavillonnaire prôné par l'Académie des Sciences, pour la première fois appliqué à Paris.

Figure 2.
Plan de l'hôpital Lariboisière en 1854



AAP : 793 Foss 36

Ce modèle a du reste quelques précédents : à Bordeaux, l'hôpital Saint-André¹²⁷ qui date de 1829, en Allemagne, l'hôpital de Francfort¹²⁸ inauguré en

¹²⁷ SAINTE-FARE GARNOT N., *L'architecture hospitalière au XIX^e siècle (...)*, op. cit., p. 32.

1839, en Belgique enfin où le vieil hôpital Saint-Jean de Bruxelles est reconstruit en pavillons entre 1838 et 1843¹²⁹.

« L'hôpital Lariboisière se compose d'une série de bâtiments à deux étages chacun, séparés entre eux par des préaux ou promenoirs, et établis sur deux lignes parallèles. Une grande cour occupe le centre des bâtiments. Une galerie vitrée règne sur les quatre côtés de cette cour, établit une communication à couvert entre tous les services et peut servir de promenoir pour les convalescents. Les pavillons affectés aux malades sont au nombre de six, dont trois pavillons à droite et à gauche. Chaque pavillon contient trois salles de 32 lits, plus 2 lits installés dans une petite chambre au bout de chacune des salles et destinés aux malades agités ou atteints d'affections contagieuses. Mais la salle d'accouchement ne compte que 28 lits, et la petite chambre qui la termine ne reçoit de malades que pour l'opération de l'accouchement et l'ablution des enfants. Il y a donc, dans l'ensemble des pavillons, outre 28 berceaux, 606 lits affectés aux services de médecine, de chirurgie et d'accouchement. »¹³⁰

Cette disposition est reprise pour le plan du nouvel Hôtel-Dieu dû à Emile Jacques Gilbert (1793-1874), nommé par Haussmann en 1860 architecte en chef de la première division des travaux de la Seine, et associé dans cette opération à son collaborateur et gendre Arthur-Stanislas Diet (1827-1890). Les travaux sont commencés en 1866 et, malgré des critiques et la suppression d'un étage, la structure pavillonnaire n'est pas fondamentalement remise en question.

« Le plan général de l'Hôtel-Dieu comporte deux masses de bâtiments parallèles : l'une faisant face au parvis de Notre-Dame, l'autre bordant le quai Napoléon ; ces deux façades, l'antérieure et la

¹²⁸ *Ibid.*, p. 35.

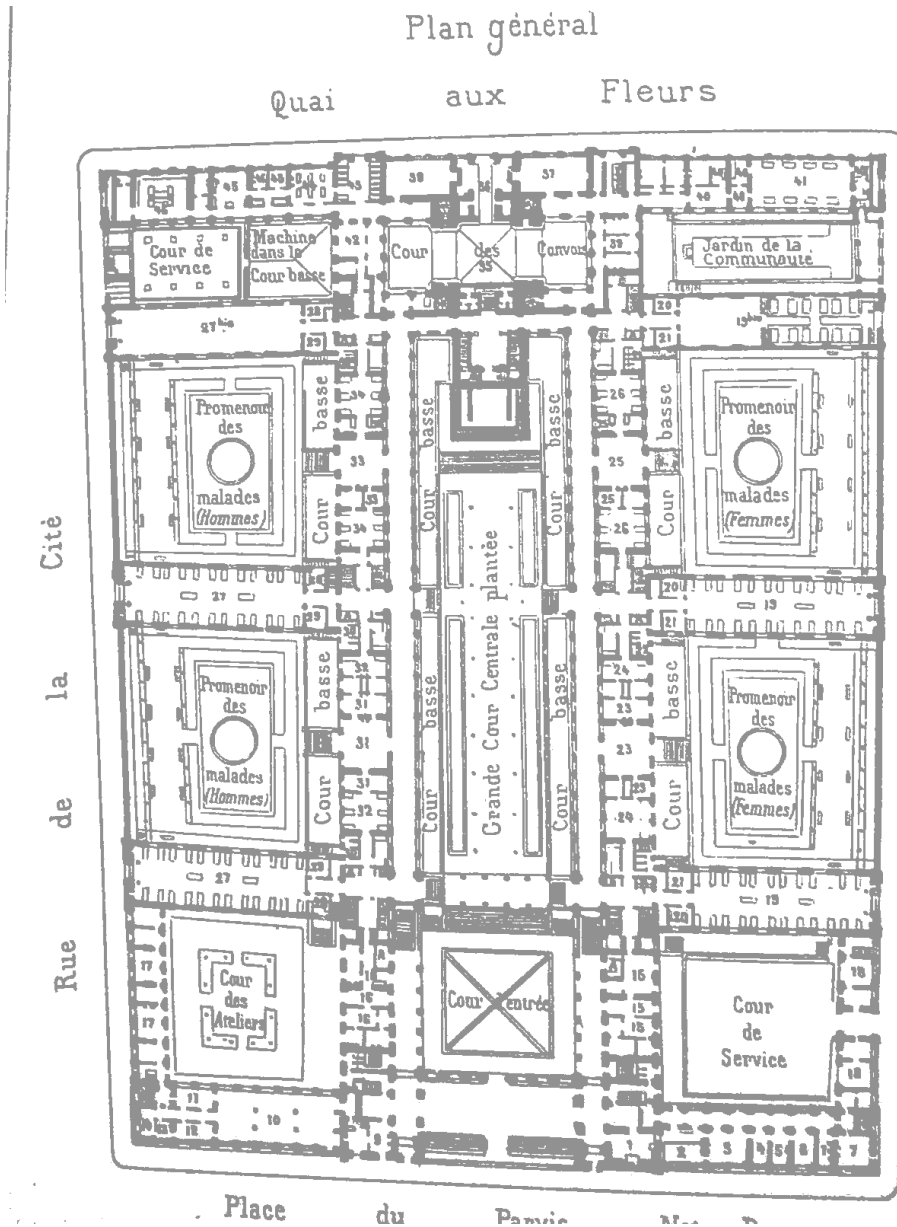
¹²⁹ DICKSTEIN-BERNARD C., « L'histoire des hôpitaux bruxellois au XIX^e siècle : un domaine encore inexploré », in *Annales de la Société belge d'histoire des hôpitaux*, tome XV, 1978, p. 62.

¹³⁰ GUERARD F., *L'hôpital Lariboisière (...)*, op. cit. p. 65.

postérieure, sont reliés latéralement par des galeries perpendiculaires à la Seine, desservant de chaque côté trois pavillons perpendiculaires, les uns à la rue de la Cité, les autres à la rue d'Arcole, les six pavillons et leurs galeries de jonction renferment deux étages de salles occupées par des malades. L'intervalle entre ces deux ailes, consacrées, celles de l'ouest aux hommes et celles de l'est aux femmes, forment une vaste cour ouverte au soleil et à l'air du Midi, autour de laquelle circulent deux portiques superposés, reliés au milieu par un pont transversal qui abrège les communications. »¹³¹

¹³¹ TOLLET C., *Les hôpitaux modernes (...)*, op. cit., p. 19.

Figure 3.
Plan du nouvel Hôtel-Dieu (1877)



Extrait de Tollet C., *Les hôpitaux modernes au XIX^e siècle*, Paris, Chez l'auteur, 1894.

Un an après l'inauguration du nouvel Hôtel-Dieu en 1877, s'ouvre l'hôpital de Ménilmontant, qui prend le nom de Tenon dès 1879. Là encore, le respect d'un plan pavillonnaire, dû à l'architecte de l'Assistance publique Etienne Billon (1833-1882) est patent. Le terrain, acquis dès 1866, est en forme de trapèze et couvre 52 674 mètres carrés. L'originalité de l'ensemble réside dans le choix

de placer les pavillons de manière perpendiculaire à l'entrée et non parallèlement.

Figure 4.
Plan de l'hôpital Tenon (1878)

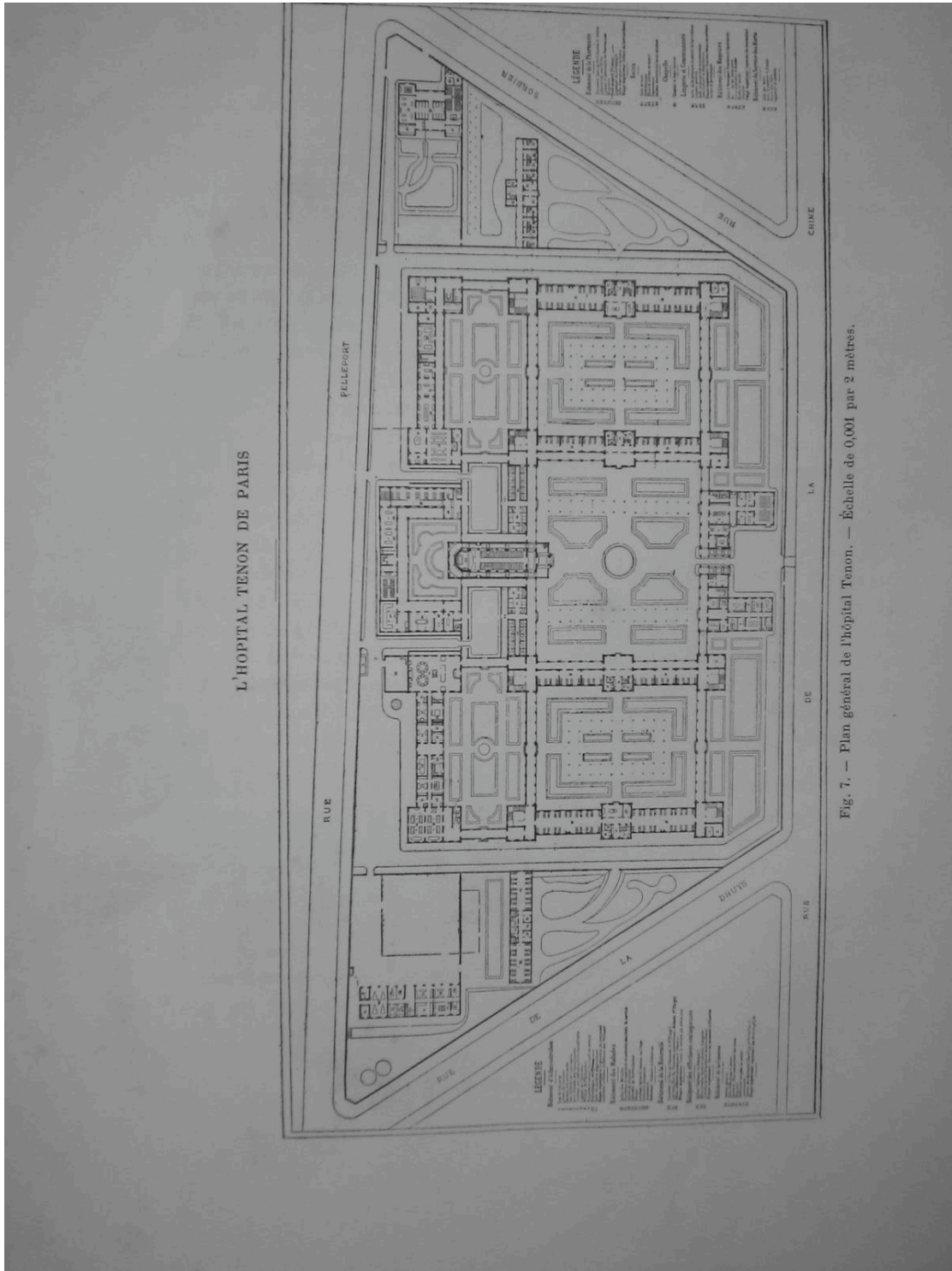


Fig. 7. — Plan général de l'hôpital Tenon. — Échelle de 0,001 par 2 mètres.

Extrait de L. Borne, *Études et documents sur la construction des hôpitaux*, Paris, Aulanier, 1898.

« Le programme de l'Architecte prescrivait le système des pavillons isolés ; il s'y est absolument conformé, mais ces pavillons au lieu d'être parallèles à la façade principale, lui sont perpendiculaires. Ils sont au nombre de quatre, fort espacés les uns des autres, les deux extrémités sont absolument dégagées et ne sont reliées aux deux qui entourent la cour centrale que par des galeries n'ayant qu'un rez-de-chaussée. Cette disposition qui a peut-être l'inconvénient d'éloigner des pavillons extrêmes des services généraux, présente comme compensation l'avantage des les entourer largement d'air et de lumière.

Aussi de l'extérieur voit-on tout d'abord ces quatre grandes constructions qui émergent entourées d'arbres, beaucoup moins élevées, et l'on sent que ces dernières ne sont que des accessoires, fort importants à coup sûr, mais qui tentent de se diminuer pour ne pas empêcher le soleil et l'air d'arriver jusqu'aux pensionnaires à qui ils sont destinés. »¹³²

Ainsi est-ce plutôt l'extrémité d'un trident que suggère le plan de l'hôpital Tenon, alors que ceux de Lariboisière et de l'Hôtel-Dieu évoquent plutôt un double peigne de part et d'autre de la cour centrale. Cependant la structure pavillonnaire, symbole de l'hôpital hygiéniste y est constamment respectée.

3. Organisation et équipements intérieurs

L'organisation nouvelle et les équipements hospitaliers les plus novateurs font des hôpitaux réédifiés selon les principes de l'Académie de Médecine dans la seconde moitié du XIX^e siècle, des hôpitaux modernes, au service du patient. Ainsi, pour chacun des trois hôpitaux, l'accent est-il mis sur des salles mieux conçues, plus petites que ce qui existait auparavant, avec des commodités qui répondent aux normes aéristes.

¹³² ETIENNE L., *Etude sur (...)*, op. cit., p. 8

Une des grandes préoccupations des hygiénistes était la propagation des miasmes notamment par l'air. Son renouvellement et la nécessité d'un cubage suffisant par patient étaient logiquement au cœur des inquiétudes des concepteurs des hôpitaux pré-pastoriens dont Lariboisière, le nouvel Hôtel-Dieu tout comme Tenon constituent des exemples significatifs. Le souci particulier attaché au système de ventilation, sans que soit trouvée la formule idéale d'ailleurs, est très éclairant et illustre le soin de donner à ces établissements les derniers perfectionnements de la technique. À Lariboisière, la question semble avoir été longuement débattue et on opte finalement pour un système mixte de chauffage et de ventilation. Ainsi est-ce un système différent qui est appliqué chez dans les pavillons de droite (hommes) et dans les pavillons de gauche (femmes). Chez les hommes en effet, le système Laurens, Thomas et Grouvelle procure une ventilation par insufflation, le ventilateur étant mis en mouvement à l'aide d'une machine à vapeur et l'air circulant par un système de conduites dans les murs. Le chauffage quant à lui est assuré des réservoirs d'eau sous forme de poêles, chauffés « au moyen de vapeur circulant dans des tuyaux disposés dans les canaux horizontaux »¹³³, placés au milieu des planchers. Il est censé procurer aux malades une température moyenne constante comprise entre 16 et 18°C et une ventilation soutenue de 60 m³ d'air par heure et par malade, ce qui est conforme aux prescriptions de Lavoisier sur le volume d'air respirable nécessaire à chaque malade.¹³⁴ Chez les femmes, on obtient des résultats similaires mais par le moyen du système Duvoir et Leblanc, par aspiration, employant l'eau chaude avec foyer d'appel et chambre à air dans les combles. Le chauffage est assuré par une « circulation continue d'eau chaude »¹³⁵ dans des tuyaux et dans des réservoirs d'eau situés dans les salles qui réchauffent l'air ambiant par contact.

¹³³ HUSSON A., *Etude sur les hôpitaux, op. cit.*, p. 57.

¹³⁴ LAVOISIER, *Mémoire de la Société royale de médecine*, 1786, p. 572 cité par A. HUSSON, *Etude sur les hôpitaux, op. cit.*, p. 51.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 57

Ce système était du reste employé à l'hôpital Beaujon depuis 1846. Armand Husson note que des deux systèmes, et d'après des mesures effectuées, le système Laurens, Thomas et Grouvelle semble donner une meilleure satisfaction que le système Duvoir en particulier concernant le renouvellement de l'air, les deux ayant satisfait également en matière de chauffage. L'inutile complexité des deux systèmes et leur coût d'entretien élevé sont néanmoins fortement mis en cause par Tollet à la fin du siècle qui y voit une des causes d'explication de la forte mortalité observée à Lariboisière.

« Cependant, malgré des qualités d'installation incontestables et les dépenses considérables faites pour ventiler artificiellement les salles, cet hôpital est l'un de ceux où la mortalité est demeurée la plus élevée et il est possible que cela tienne précisément à la complication des procédés de ventilation, qui ont plutôt pour effet de disséminer les germes morbides dans les nombreux tuyaux couvrant les murs entièrement de poussière et sur place que de les entraîner dehors et de les détruire. »¹³⁶

Au nouvel Hôtel-Dieu, un système encore différent est inauguré. Il est dû à l'ingénieur Ser et combine les différents moyens afin d'assurer une ventilation par insufflation, à l'aide de quatre grands générateurs à vapeur qui servent à la cuisine pour la cuisson de certains aliments, à chauffer l'eau des poêles et enfin à mettre en mouvement une machine à vapeur, activant elle-même quatre ventilateurs situés au sous-sol, qui aspirent l'air dans les galeries et le distribuent ensuite dans tout l'hôpital.¹³⁷ Chacun de ces ventilateurs fournit 49 000 m³ d'air par heure en moyenne. L'auteur de l'article de la *Gazette des hôpitaux* regrette que cet air soit puisé au ras du sol, ce qui contredit les théories aéristes préconisant l'usage d'un air plus pur en altitude. Il reconnaît néanmoins que l'usage, pour filtrer cet air, de « tiroirs garnis de coton, qui dit-il, on le sait depuis les mémorables expériences de Pasteur, retient tous les corps

¹³⁶ TOLLET C., *Les hôpitaux modernes (...)*, op. cit. p. 7.

¹³⁷ « La ventilation du nouvel l'Hôtel-Dieu », in *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, n° 111, 25 septembre 1879, p. 893-894.

étrangers, poussières ou germes » permet de pallier cet inconvénient. L'air vicié issu des salles de malades s'échappait ensuite par de grandes cheminées, conférant à l'ensemble cette physionomie « pneumatique », mise en évidence par Bruno Foucart :

« (...) en construisant leur hôpital devant les ombres de l'ancien Hôtel-Dieu et de l'hospice des Enfants-trouvés, les architectes n'ont rien voulu sacrifier de la symbolique de l'hôpital et cherché à composer le palais hygiéniste que méritait le voisinage de Notre-Dame. Les grandes cheminées aujourd'hui disparues qui s'élevaient à l'insertion des pavillons et des ailes latérales de la cour centrale donnait tout le sens de cette grande machine pneumatique. »¹³⁸

À Tenon comme dans l'Hôtel-Dieu reconstruit, la préoccupation de l'air pur chassant les miasmes de la maladie est soigneusement étudiée par leurs concepteurs. L'architecte Billon, comme Diet avec l'ingénieur Ser, choisit un système ventilation et de chauffage mixte avec des ventilateurs actionnés par une machine à vapeur, et 4 poêles par salles de malades sont chargés du chauffage.

« Le renouvellement de cet air des salles a été la préoccupation de l'Architecte, et un système de chauffage et de ventilation étudié par l'Ingénieur de l'Administration [Ser] amènera l'air chaud pour reprendre l'air vicié, par la respiration de ces maladies ; le chauffage aura lieu au moyen de la vapeur et d'une circulation d'eau chaude établie dans le sous-sol ; pour la ventilation, on a combiné le système de l'insufflation avec celui de l'appel. (...) Ajoutons seulement que le chauffage et la ventilation artificiels seront aidés par l'établissement dans chaque salle d'une vaste cheminée. Cette innovation ne sera pas certainement la moins heureuse et il nous semble qu'elle produira encore plus de bien-être aux malades par la vue du feu et la joie qu'elle apporte que par la portion de chauffage et de ventilation

¹³⁸ FOU CART B., « Au paradis des hygiénistes : l'architecture hospitalière au XIX^e siècle », *Monuments Historiques*, n° 144, avril-mai 1981, p. 43-52.

qu'elle fournira. Ce sera un lieu de réunion pour les convalescents auxquels la saison ou la maladie ne permettent pas de jouir des préaux, l'endroit où ils feront leur petite cuisine, drapés dans la robe de chambre hospitalière. »¹³⁹

En somme, dans chacun de ces hôpitaux, on accorde logiquement un grand intérêt aux questions de la qualité de l'air et de sa température, en usant des technologies les plus novatrices, car il s'agit d'éléments essentiels pour la reconstitution de la santé pour les malades. Dans cette perspective, les programmes de construction insistent tous sur la nécessité de n'avoir que de petites salles de malades. Mais victimes de leur succès, ou en raison de l'insuffisance chronique de l'offre de soins médicaux dans la capitale, ces chiffres ne seront jamais respectés, puisque constamment des brancards furent rajoutés, augmentant la capacité des hôpitaux. Ainsi Lariboisière est-il prévu initialement pour 600 malades, mais en reçoit souvent plus de 800 en moyenne. De même, le nouvel Hôtel-Dieu, dont on avait détruit un étage en 1872 pour en réduire la capacité, ne devait en théorie pas dépasser plus de 500 malades, mais on constate que cette limite est le plus souvent ignorée. Tenon enfin, conçu à l'origine pour 635 patients, en reçoit en moyenne souvent 800 ou plus.¹⁴⁰

Ces hôpitaux conçus comme des « modèles » devaient aussi par leurs équipements intérieurs, la qualité des matériaux choisis, manifester leur modernité. L'éclairage au gaz est partout adopté. Des chemins de fer souterrains pour le transport des marchandises ou des cadavres, auxquels on ajoute des ascenseurs, sont en place dans le nouvel Hôtel-Dieu et à Tenon. L'usage de matériaux qu'on suppose plus hygiéniques, comme le stuc sur les murs à Lariboisière ou les parquets en chêne, sont généralisés. L'utilisation des rideaux de lits est proscrit car contraire à l'hygiène. Les terrasses pour les convalescents sont aménagées. Des services spécifiques sont prévus comme un

¹³⁹ ETIENNE L., *Etude sur (...), op. cit.*, p. 8.

¹⁴⁰ En 1887 l'Hôtel-Dieu déclare 711 lits occupés, Lariboisière 827 et Tenon 886. Ces chiffres sont de 621 pour l'Hôtel-Dieu, 923 pour Lariboisière et 1004 pour Tenon en 1895. Voir *Comptes moraux de l'Assistance publique*, AAP, 3M38 et 3M46.

amphithéâtre d'anatomie à l'Hôtel-Dieu ou des salles d'opération, des laboratoires, une pharmacie, des services d'hydrothérapie avec des bains qui sont internes et externes. Un soin particulier est apporté aux femmes en couches qui se voient attribuer des pavillons particuliers à Lariboisière et à Tenon. Dans ce dernier, on a construit des chambres isolées selon le système de Tarnier. À Tenon toujours, on innove avec une communication facilitée grâce à des sonneries électriques « destinées à assurer des relations promptes et régulières entre les services », ainsi qu'avec « des bascules pour le pesage des combustibles » et « des paratonnerres échelonnés sur les différentes parties de l'édifice. »¹⁴¹

Chacun de ces hôpitaux est donc doté de tout ce que l'hygiène conseille en matière d'équipement, et d'organisation. Malgré quelques défauts, ils ont tous été conçus dans une perspective hygiéniste, pré-pastorienne, essentiellement basée sur l'observation et l'empirisme, mais qui correspondait aux canons de la modernité dans l'architecture hospitalière. On peut reprendre le point de vue de l'architecte Borne qui décrit en 1898 l'hôpital Tenon comme « un des mieux conçus parmi les hôpitaux de Paris ; l'air circule partout largement, les salles ne contiennent pas trop de lits et le service reste facile. »¹⁴²

En définitive, l'hôpital moderne de la seconde moitié du XIX^e siècle est un bâtiment qui donne lieu à d'âpres débats car il est à la fois un symbole mais également un enjeu politique inscrit dans un espace désormais rationalisé, la ville. Moyen de répondre à la question sociale, il est en effet victime de son succès et dès le début du Second Empire, son engorgement et son coût posent des difficultés aux autorités. Implanter des hôpitaux dans les quartiers situés à la périphérie du centre a constitué une réponse des autorités à cette saturation, au moins provisoirement. *A contrario* la question du réaménagement de l'Hôtel-Dieu au centre de la ville symbolise la volonté tenace de maintenir l'hôpital

¹⁴¹ *Notice sur l'hôpital de Ménilmontant*, Paris, Grandremy et Henon, 1878, p. 8

¹⁴² BORNE L., *Étude et documents sur la construction des hôpitaux (...)*, *op. cit.*, p. 111.

dans sa vocation charitable. C'est en somme dans son plan et son architecture, marqués du sceau de l'hygiénisme, que sa cohérence et sa rationalité sont le plus visibles.

Chapitre II

Des hôpitaux « de proximité »

Pour ses administrateurs, l'hôpital demeure encore le plus souvent un lieu d'assistance pour les plus démunis, et un moyen de répondre à la question sociale. Pourtant, de plus en plus l'hôpital devient un lieu de soin et même de guérison. Comme le dit Ulysse Trélat, à la fin du XIX^e siècle, la vocation de l'hôpital est désormais triple :

« C'est une institution charitable, c'est pour nous un moyen de pratiquer l'assistance mutuelle ; vous ne pouvez pas franchir ce ruisseau, prenez ma main et franchissez-le.

Puisque nous sommes sur ce terrain, l'hôpital est aussi le foyer de la science, elle bénéficie de tous les faits qui s'y multiplient. Peut-être que parmi mes auditeurs, il s'en trouve qui n'ont pas le plein sentiment de mes propos, car encore maintenant, quelques-uns pensent que l'hôpital est un foyer saint et sacré où la charité seule s'exerce dans une salle basse à murs épais pour que les cris ne s'entendent pas et au-dessus desquels on prie pour ceux qui ne sont plus ; c'est une forme d'hôpital assurément, mais ce n'est pas la nôtre. Disons plutôt que ce sera le foyer du progrès où l'on allumera le feu des Vestales pour y faire voir le progrès moderne. Et quand je dis que l'hôpital est un asile de science, il me semble qu'il n'y a rien

à dire qui empêche qu'on y trouve en même temps une charité parfaite.

Enfin, l'hôpital doit être un atelier de guérison, il doit avoir pour but la cure, la guérison de tous ceux qui y entrent ; je dis que c'est là l'idée moderne qu'on se fait généralement de l'hôpital et qu'on rencontre là deux idées parfaitement conciliables, mais qui de temps en temps se trouvent en conflit ; les uns voient dans la construction d'un hôpital les progrès de la civilisation, les autres ne veulent y voir qu'un endroit destiné à recevoir le plus grand nombre de malades possibles sans se préoccuper de la guérison. »¹

Ce discours témoigne du décalage entre les conceptions anciennes qui réservent à l'hôpital un rôle charitable, et celles plus récentes qui voient en celui-ci un lieu à la fois de science et d'enseignement, en même temps qu'un espace de soins pour les malades. Au cours du XIX^e siècle, la première vision cède peu à peu la place à la seconde : néanmoins, les choses ne sont pas toujours aussi clairement définies. En examinant les quartiers dans lesquels se bâtissent les nouveaux hôpitaux modèles de la deuxième moitié du siècle, la question des missions fort différentes et parfois concurrentes assignées à l'hôpital se pose de manière assez nette, et permet de vérifier la superposition des perspectives.

Les emplacements de Tenon et Lariboisière, et dans une moindre mesure du nouvel Hôtel-Dieu, peuvent en effet laisser l'observateur sceptique : construits dans des quartiers isolés, mal reliés à la ville, aux frontières de l'espace urbanisé pour les deux premiers, ils apparaissent particulièrement mal choisis malgré l'argument hygiéniste systématiquement avancé. Quel pouvait être le réel service apporté par des hôpitaux aussi excentrés ? N'était-ce pas inutile de construire à des coûts si élevés des établissements dans des quartiers encore fort peu construits ? Les populations allaient-elles être obligées de parcourir des distances considérables pour se faire soigner ? Quant à l'Hôtel-

¹ *Association française. Congrès de Paris de 1878. Conférence de M le Professeur Trélat, fait à la Sorbonne le 23 août 1878, in Le Progrès Médical, 31 août 1878, 6^e année, n°35, p. 673-679.*

Dieu reconstruit sur une île de la Cité désertée de ses habitants, vouée aux bâtiments administratifs et ecclésiastiques pour l'essentiel, quel intérêt allait-il encore présenter ?

Il est donc nécessaire de réfléchir sur ces implantations qui n'ont pas procédé complètement du hasard des terrains à bâtir : si ces hôpitaux sont reconstruits sur des territoires encore aux marges de la Ville au moment où ils sont mis en chantier, c'est que les édiles anticipent une urbanisation croissante et un déplacement des classes les plus populaires vers ces anciens faubourgs, au nord et à l'est. Surtout les populations avoisinantes vont s'approprier ces hôpitaux, conçus comme des services de quartier, et en faire des institutions de proximité répondant à une attente médicale. Les malades qui fréquentent l'hôpital souhaitent en effet bénéficier gratuitement de toutes les connaissances médicales afin de retrouver le plus rapidement possible le chemin de l'atelier ou de l'usine. Du reste, dans le cas de l'Hôtel-Dieu, la vocation de proximité est également identifiable pour une population qui, si elle ne réside pas forcément dans le quartier, est amenée à le fréquenter. Ainsi le dessein assigné à l'hôpital et révélé par son emplacement – être au plus près de ceux qui en ont besoin – est-il parfaitement bien pensé, car il devance les usages que les franges populaires font de l'institution hospitalière, en se réappropriant l'hôpital modernisé de la fin du XIX^e siècle : les autorités avaient compris le rôle social de l'hôpital à la fois comme service de proximité, mais également comme élément de la réinsertion de corps usés par un pénible labeur. Afin de montrer comment s'élabore cette mutation de l'hôpital et des usages qu'en font les populations ciblées, il convient d'examiner au plus près les transformations urbaines que connaissent les quartiers où s'érigent ces trois établissements. Dans un second temps, l'étude des populations qui viennent s'installer dans les quartiers proches de Tenon et de Lariboisière essentiellement, nous permet de vérifier de quelle manière le pari des autorités a été tenu.

A. Les 10^e et le 20^e : à la périphérie du nouveau Paris

Lorsque l'hôpital Lariboisière ouvre ses portes en 1854, il est encore aux limites de la ville de Paris, dans un quartier encore peu urbanisé. Le rattachement des communes de Montmartre et de la Chapelle d'une part, et de Belleville et de Charonne de l'autre est envisagé par Haussmann dès sa nomination : une enquête est lancée à ce sujet dès 1856, et l'annexion décidée pour la fin de l'année 1859. On a vu que les travaux de Lariboisière commençaient en 1846, mais ne sont pas encore achevés au moment où Haussmann est nommé préfet : il ne fait aucun doute que Lariboisière est dès sa fondation destiné à faire partie de l'appareil hospitalier parisien. Néanmoins, par sa position excentrée au nord du faubourg Poissonnière, à la lisière de la commune de Montmartre, Lariboisière fait figure d'infrastructure des marges.

1. Lariboisière au contact des 10^e et 18^e arrondissements

Le caractère industriel et ouvrier du quartier dans lequel l'hôpital Lariboisière est implanté est assez marqué dans les années 1840-1850. La présence des abattoirs de Montmartre, la construction des gares du Nord et de l'Est en 1846 et 1849, l'existence de nombreux entrepôts, indiquent l'orientation d'un faubourg industriel.

1.1. Endiguer le flux des banlieusards

Dès l'origine du projet, les autorités en ont pleinement conscience. Au moment de la discussion de l'emplacement de l'hôpital, des objections s'élèvent en raison de son implantation, jugée néfaste car encourageant des populations pauvres à se rendre à l'hôpital pour profiter d'un gîte, d'un couvert et parfois

des secours en argent prodigués par la fondation Montyon². C'est ce que dénonce Alexis Beau, membre du Conseil municipal, également administrateur du Bureau de bienfaisance du 10^e arrondissement ancien, dans une brochure très hostile à la construction du futur hôpital Lariboisière.

« L'empressement des malades à venir dans les hôpitaux doit certainement être attribué d'abord à l'encouragement que le secours de la fondation Montyon est venu leur offrir depuis 1825. [...] Il est permis de croire que ceux qui entraient dans les hôpitaux n'étaient pas des malades bien sérieux, puisqu'ils y séjournaient à peine le temps nécessaire pour avoir droit à ce secours. »³

Beau ajoute que ces secours constituent une « prime d'encouragement dangereuse » qui attire les individus dans les établissements hospitaliers, alors que la plupart d'entre eux seraient mieux soignés chez eux, mais que l'impossibilité de toucher le secours Montyon, en étant soigné à domicile constitue une aberration qui contribue à aggraver l'engorgement des hôpitaux. Parallèlement, il souligne que la représentation même de l'hôpital est en train de changer et que la répugnance des malades est d'autant moins grande que les soins prodigués s'éloignent des médications moyenâgeuses⁴, remarque suggestive sur laquelle on reviendra.

On a vu également le danger pour certains membres du Conseil municipal, d'élever un édifice hospitalier aux lisières de la ville, matérialisant la tentation pour les populations des communes voisines de se faire soigner aux frais de la municipalité parisienne. À ces arguments, il est intéressant de voir comment le Conseil général des Hospices répond au conseiller Beau. Concernant la

² Il s'agit d'un modeste secours en argent donné aux convalescents les plus nécessiteux à leur sortie d'hôpital.

³ *Opinion de M. Alexis Beau, membre du Conseil Municipal, sur le projet de créer un hôpital de 600 lits dans le quartier nord de la ville de Paris*, extrait de PREFECTURE DU DEPARTEMENT DE LA SEINE, *Documents à consulter sur la création d'un hôpital de 600 lits (...)*, op. cit., AAP C-468.

⁴ « Il est certain que les améliorations successivement apportées dans les établissements hospitaliers, et que les soins donnés avec tant de zèle par les médecins célèbres, ont attiré dans ces maisons des personnes qui précédemment éprouvaient de la répugnance à s'y faire traiter. », *Ibid.*

fondation Montyon, le Conseil démontre que ce modeste secours accordé aux plus pauvres à la sortie de l'hôpital n'explique pas à lui seul, l'afflux massif de patients à l'hôpital, puisque le nombre des individus qui en bénéficient n'a fait que diminuer au cours des dernières années. Non pas que la situation des Parisiens s'améliore selon eux : simplement pour pouvoir en profiter il faut justifier de son indigence, ce que beaucoup répugnent à faire.

« Il y a une grande différence entre pouvoir se traiter chez soi, et avoir besoin quand on sort de l'hôpital, d'un secours de 5 à 6 francs que parmi ceux qui ne le demande pas, beaucoup préfèrent y renoncer plutôt que d'être visité à leur domicile, soit qu'ils ne veulent pas faire savoir qu'ils ont été à l'hôpital, soit qu'ils craignent qu'on y ait de mauvais renseignements, que d'autres, n'ayant de résidence continue dans aucun lieu, ne peuvent indiquer aucune adresse. »⁵

Le Conseil insiste en ajoutant que le refus de secours n'est pas non plus une preuve d'aisance dans la mesure où certaines catégories professionnelles en sont automatiquement exclues comme les domestiques, les apprentis, les convalescents, tous ceux dont « la maladie n'a pas aggravé la position », ainsi que les malades renvoyés pour insubordination et enfin les mères qui ont abandonné leur enfant. Bref, ce secours est soumis à quantité de restrictions qui limitent considérablement son champ d'action. Le rapport conclut finalement :

« En résumé c'est l'augmentation de la population générale, qui cause et explique l'augmentation de nos malades. Les améliorations introduites dans les hôpitaux ne peuvent être regrettées, eussent-elles aussi contribué accessoirement au même résultat. Mais nous ne pouvons trouver une cause réelle d'accroissement ni dans la

⁵ *Lettre du Conseil général des Hospices à M le Préfet, en réponse à la communication qui lui avait été faite par ce magistrat d'un travail M. Beau, membre du Conseil Municipal, sur le nouvel hôpital projeté en l'enclos Saint-Lazare.* Extrait de PREFECTURE DU DEPARTEMENT DE LA SEINE, *Documents à consulter sur la création d'un hôpital de 600 lits (...), op. cit., AAP C-468.*

fondation Montyon, ni dans les admissions qui seraient consenties avec trop de facilités par le bureau central. »⁶

Dès sa fondation, cet hôpital général de 600 lits à construire au nord de la capitale se voit donc implicitement attribuer une mission de proximité dans un quartier en pleine mutation. Il fait partie des nouveaux équipements qui font défaut dans des marges mouvantes, qu'on tente de domestiquer bien avant l'annexion de 1860. C'est toute l'ambivalence de l'hôpital : alors que pour certains il incarne le fantasme de la concentration de classes populaires désœuvrées et donc potentiellement dangereuses, pour les autres, il est l'élément pacificateur qui doit permettre au quartier de s'amarrer à la capitale, en le dotant d'un niveau de services à l'égal des autres quartiers.

« Il y a toute espèce de raisons pour placer cet hôpital au milieu des quartiers où il n'en existe pas encore et qui chaque jour se peuplent davantage. Quand la population se porte sur un point par un mouvement continu, marqué, l'autorité ne peut se dispenser d'y créer des établissements nécessaires à son usage ; les églises, les marchés, les collèges, les Hôpitaux. Quels que soient les efforts des propriétaires de la rive gauche de la Seine, c'est sur la rive droite que Paris prend le plus rapide, le plus grand accroissement. Les chemins de fer vont y donner un surcroît de vie et si les abords du faubourg Saint-Honoré, de la Chaussée d'Antin s'ouvrent à de grandes communications et voient s'élever des habitations élégantes, les extrémités du faubourg Saint-Martin, Saint-Denis, Poissonnière, se couvrent d'usines, de fabriques et se peuplent d'habitants appartenant à la classe ouvrière. [...] Indépendamment des malades que le bureau d'admission répartit dans les hôpitaux, il y a moitié des admissions qui sont prononcées d'urgence ; nous le disons parce qu'un trop long trajet peut quelquefois compromettre la vie d'un malade et qu'il faut ménager à la classe pauvre sur tous les points de

⁶ *Ibid.*

Paris, le moyen d'être secourue ; la santé est la seule richesse de l'ouvrier. »⁷

C'est donc bien dans un quartier populaire que s'installe l'hôpital Lariboisière en 1854. Est-il un hôpital de proximité, réservé en priorité aux habitants du quartier, ou bien est-il conformément à sa destination, un hôpital général pour l'ensemble des malades de la capitale et au-delà ?

La réponse n'est évidemment pas exclusive ou univoque. Les registres d'entrées de l'hôpital dans la première année complète de fonctionnement de Lariboisière, 1855, fournissent un élément de réponse, puisqu'y sont consignées les adresses des personnes admises. On constate ainsi que près de la moitié des malades⁸ entrants à l'hôpital déclare une adresse proche située soit dans les 5^e ou 3^e arrondissements anciens, soit dans les communes voisines de Montmartre ou de La Chapelle. Hôpital de proximité, Lariboisière dès son avènement semble combler le manque d'une offre de soins médicaux pour une population qui semble se rendre d'autant plus volontiers à l'hôpital qu'il est désormais dans le quartier. Il y aurait en somme une correspondance entre les objectifs assignés au nouvel hôpital, comblant le manque de lits sur la rive droite de la Seine, et sa localisation.

1.2. Un quartier en plein renouveau

Ce quartier excentrique est d'ailleurs en pleine transformation dans les années 1850-1860. L'agrandissement de la périphérie de l'hôpital dans les années qui suivent immédiatement son ouverture, illustre la faible densité du bâti. La hausse acquise entre-temps par le terrain souligne aussi que l'emplacement a pris de la valeur. Les membres du Conseil de Surveillance constatant en effet l'exiguïté de la surface sur laquelle vient tout juste d'être achevé Lariboisière, décident de l'agrandir par l'achat de terrains mitoyens, qui

⁷ *Ibid.*

⁸ 41% en moyenne des patients entrés du 1^{er} au 7 des mois de janvier, mars, mai, juillet, septembre, novembre 1855, chiffre un peu au-dessous de la réalité puisqu'il faudrait défalquer les naissances. AAP, 1Q2 3, 4.

appartiennent au président de la compagnie des chemins de fer du Nord, James de Rothschild. La question avait certainement été déjà abordée au moment de l'achat du terrain proprement dit en 1846, mais était restée sans suite. La portion du terrain proposé par le baron de Rothschild fait 17 287 m². Les archives peu claires sur la localisation de celui-ci laissent supposer cependant qu'il s'agit de deux parcelles le long de l'hôpital à l'est et à l'ouest, qui ont permis par la suite à l'hôpital d'installer les services de buanderie. Quoi qu'il en soit, les délibérations⁹ des séances du Conseil de Surveillance des 21 et 25 juin 1855 sont à ce propos assez houleuses¹⁰. Or il apparaît très vite dans la discussion qu'Hausmann s'est déjà engagé auprès de Rothschild et qu'il ne veut pas se déjuger. Finalement la proposition de l'achat est arrachée par le Préfet, d'autant que le legs Lariboisière¹¹ autorise la dépense. Les membres du Conseil de Surveillance obtiennent néanmoins l'assurance qu'ils pourront vendre le surplus des terrains qui ne leur sera pas nécessaire. Au-delà des luttes engagées entre l'Assistance et le Préfet de Paris, l'image d'un quartier en pleine effervescence de construction se dessine. Il apparaît nettement que l'hôpital se dresse dans un quartier encore fort peu construit.

« Pour lui [*le Préfet Haussmann*] la totalité des terrains n'est pas trop considérable, l'élargissement des rues demandée par l'honorable rapporteur, ne remédierait pas aux inconvénients signalés, il les atténuerait fort légèrement, il est sans doute fort regrettable de payer deux millions ce qu'on aurait pu avoir pour un million, mais là n'est plus la question¹². Il s'agit de savoir si l'on veut

⁹ *Séances des 21 et 25 juin 1855*, AAP, 1L4.

¹⁰ Les trois raisons principales avancées pour l'extension des terrains sont l'élargissement des promenoirs des malades, jugés trop exigus, l'existence de courants d'air dans ces mêmes préaux de malades provenant du chemin de ronde et enfin l'insuffisance des locaux qui servent de réserves à charbon et du bois. La commission chargée de l'étude du projet démontre de manière assez convaincante, que ces arguments sont un peu minces. *Séance du 21 juin 1855*, AAP, 1L4.

¹¹ La comtesse de La Ribouisière a laissé à sa mort une somme d'environ 3 millions de francs destinée à l'achèvement de l'hôpital, qui prend son nom à partir de 1853.

¹² Le brouillon porte des chiffres différents : « Il est fâcheux de payer 2 millions ce que l'on pouvait avoir pour 900 000 francs ». J'interprète que les terrains ont valu 200 francs le mètre quelques années avant et que M. de Rothschild a cédé le marché pour 250 francs le mètre.

ou non agrandir les dépendances de l'hôpital. Il prie le conseil de remarquer que la bâtisse est arrêtée dans ce quartier par le projet dont il est saisi. On ne peut donner les alignements, il y a urgence à prendre un parti, seulement il ne faut pas perdre de vue que si l'on ne profite pas de l'occasion qui est offerte, on sera obligé plus tard d'acheter les terrains, avec les maisons dont ils seront couverts. »¹³

Toutes ces discussions entre le Conseil de surveillance et le Préfet Haussmann montrent que les rues ne sont pas encore tracées, et que les maisons n'y sont pas encore édifiées : les abords de l'hôpital sont déserts, peu denses, aux limites de la campagne environnant Paris ce qui explique qu'on puisse facilement agrandir le périmètre. Dans un deuxième temps, l'augmentation des prix du terrain est le signe que le marché anticipe l'annexion et qu'il y a une forte présomption sur les constructions à venir. L'hôpital Lariboisière est bien, à ses débuts, un hôpital des marges, à la frontière de villages qui vont très bientôt être annexés à Paris.

2. Tenon au cœur de quartiers populaires

Au moment de l'édification de l'hôpital de Ménilmontant, les préoccupations sont très similaires à ce qu'elles ont été une vingtaine d'années auparavant au moment de la construction de Lariboisière : on souhaite pallier un besoin médical non satisfait dans le quartier du Père-Lachaise. Le site choisi ne manque pourtant pas d'ironie d'après Louis Lazare :

« Que dire de l'hôpital qui va s'élever également vis-à-vis le Père-Lachaise ? c'est là sans doute une leçon philosophique donnée par l'ancien Préfet de la Seine aux pauvres malades ; le cimetière leur annonce la fin de leurs souffrances. »¹⁴

¹³ *Séance du 25 juin 1855, AAP, 1L4.*

¹⁴ LAZARE L., *Les quartiers de l'est et les communes suburbaines*, Paris, Bibliothèque municipale, 1870, p. 125.

2.1. *La campagne aux abords de Paris*

Le 20^e arrondissement où se situe cet hôpital est constitué des anciens bourgs de Charonne et de la partie sud de Belleville, le quartier de Ménilmontant. Lieu de villégiature pour quelques Parisiens, les principales activités de ces communes indépendantes depuis le Moyen Age sont l'agriculture avec l'exploitation de vignobles sur les pentes les plus au Nord de Belleville et de Charonne, ainsi que des cultures maraîchères pour les terres plus riches au sud. De très nombreuses sources irriguent ces terres fertiles et contribuent à son développement. Enfin, la présence d'une importante couche de gypse en sous-sol donne lieu à l'exploitation de carrières de plâtres qui, dès le XVIII^e jusqu'au XIX^e siècle, vont alimenter le développement de la construction.

Depuis 1785 et la construction du mur des Fermiers généraux, les faubourgs comme Belleville ou Charonne, à l'extérieur de la barrière, se développent profitant de leur exemption d'octroi. C'est que ce qui explique l'ouverture de nombreuses guinguettes et cabarets dans ces quartiers. Enfin l'inauguration du cimetière du Père-Lachaise en 1804 sur l'ancien enclos de Montlouis marque le paysage d'une empreinte particulière.

Au début du XIX^e siècle, Charonne et Belleville sont encore des communes rurales et ne comptent encore que peu d'industries. Leur population est encore relativement faible. En 1841, Belleville compte 7 728 habitants et Charonne moitié moins. Si on y constate la présence de quelques grands domaines, l'essentiel de l'espace reste morcelé.

2.2. *Croissance démographique et industrialisation de 1820 à 1860*

Progressivement, sous l'effet de la forte poussée démographique, la ville de Paris déborde de l'enceinte des Fermiers généraux. Des commerces et des industries commencent à apparaître, plus nombreux. Cette évolution s'accompagne de l'arrivée d'une population ouvrière venue de province, chassée du centre par les travaux d'aménagement urbain et la hausse de loyers. Entre 1820 et 1836, la population de Belleville est multipliée par trois. Des

immeubles insalubres, des entrepôts, des ateliers, des baraquements se construisent. En 1840, la surface bâtie est passée de 25 à 100 hectares. En 1841, la construction des fortifications de Thiers rend de plus en plus inéluctable l'annexion de ces communes suburbaines.

De 1840 à 1860, la population de Belleville quadruple, atteignant 60 000 habitants. Belleville est la 13^e ville de France en termes d'effectifs.¹⁵ Les conséquences sur le paysage sont évidentes : les carrières se couvrent de constructions. Mais comme les municipalités manquent de moyens, l'initiative privée prend le pas en matière d'aménagement de l'espace et d'urbanisme.

Les travaux d'Hausmann au centre de Paris accélèrent encore le départ des populations les plus pauvres vers la périphérie. Les spéculateurs en profitent, d'autant que des comités se mettent en place pour la préparation de l'annexion, envisagée dès 1853 et mise en chantier à partir de 1856, ce qui fait monter le prix des terrains. Les exemples de Piat et de Gasnier-Guy dans le 20^e sont bien connus.¹⁶ On ouvre 70 voies privées entre 1820 et 1860, mais celles-ci sont assez sommaires, étroites, mal nivelées, mal entretenues et peu ou mal pavées. La désorganisation et l'empirisme de la voirie dans des quartiers qui connaissent de forts bouleversements sont encore la norme au milieu du XIX^e siècle. Au sein de cet entrelacs de ruelles et de chemins de terre, deux voies plus conséquentes dont l'existence est attestée au XVII^e siècle ont pourtant connu quelques aménagements : la rue de Belleville, anciennement rue de Paris dans sa partie basse, et rue du Parc dans sa partie haute, et la rue de Bagnolet, qui comprenait successivement d'ouest en est les rue de Paris, de Bagnolet et de Fontarabie. Ces deux rues sont classées dans la voirie parisienne par le décret

¹⁵ Ces chiffres sont tirés de LACORDAIRE S., *Vie et histoire du XXe arrondissement*, Paris, Hervas, 1987, p. 47.

¹⁶ « Les spéculateurs vont s'adapter à cette demande particulière de logement {à bon marché}, en vendant au détail des lots composés uniquement dans ce but. C'est ainsi qu'on voit le notaire J. J. Piat, qui s'est constitué de 1835 à 1859, une vaste propriété, se lancer dans le lotissement. Même chose pour le percepteur Gasnier-Guy, qui de 1855 à 1859 va débiter son terrain par morceaux. », in LACORDAIRE S., *Vie et histoire du XXe (...), op. cit.*, p. 49.

du 23 mai 1863¹⁷ et sont les seuls axes de pénétration au cœur de ces faubourgs suburbains. En 1852, le Second Empire installe le chemin de fer de la petite ceinture.

Les activités industrielles connaissent un développement parallèle à celui de la population : ateliers de métal, aplatisseurs de cornes, fabriques d'allumettes chimiques, fabriques de cuirs vernis et de toile enduite¹⁸, sans compter la grande usine à gaz à Charonne. En 1860, on ne compte plus guère de cultivateurs, ni de vigne à Belleville. Charonne reste un peu plus rurale et conserve quelques vignes, peu à peu chassées par l'urbanisation. En 1872, 60% de la population active¹⁹ du 20^e arrondissement est ouvrière.

2.3. *L'annexion : naissance du 20^e arrondissement*

Dès sa nomination à la préfecture de la Seine, Haussmann s'attelle au projet d'un éventuel agrandissement de Paris. La nomination d'une commission dès la fin de 1853, chargée de l'étude de la situation économique des faubourgs suburbains et les implications d'une extension des limites de Paris est la marque de cette implication. À partir de 1856, les choses s'accélèrent avec la création de la commission dite des circonscriptions administratives, composée de huit personnalités, sénateurs, magistrats, députés, conseillers d'État et tous les membres du Conseil municipal de Paris. Cette dernière examine toutes les possibilités et une grande enquête est engagée auprès des communes elles-mêmes. Sur 17 communes consultées, 9 n'ont formulé aucune opposition au projet d'agrandissement de Paris, les 7 autres (Auteuil, Passy, Neuilly, les

¹⁷ VILLE DE PARIS, *Nomenclature des voies publiques et privées*, Paris, imprimerie municipale, 1951, p. 39 et p. 53.

¹⁸ « Certains industriels pour échapper à de fortes augmentations de loyer, préfèrent sortir de Paris, d'autant plus que les règlements sont moins draconiens en banlieue. Fabricants d'allumettes, aplatisseurs de corne, fabricants de cuirs vernis quittent ainsi le faubourg du Temple, mais afin d'éviter de perdre leurs relations d'affaires, ils ne font que franchir la barrière et s'installent à Belleville. Dans leur sillage viennent d'autres entreprises assurées de payer des loyers plus faibles de conserver leur clientèle et ainsi leur main d'oeuvre qui dans de nombreux cas les a précédées. », in JACQUEMET, G., *Belleville au XIX^e siècle du faubourg à la ville*, Paris, EHESS, 1984, p. 98.

¹⁹ D'après le recensement de 1872 selon LOUA T, *Atlas statistique de la population de Paris*, Paris, Dejevy & Cie, 1873, p. 69.

Batignolles, La Chapelle, La Villette, Belleville et Charonne) étant plutôt défavorables.²⁰ Il faut simplement remarquer qu'au cours de ces enquêtes, une part assez mince de la population s'est exprimée par rapport à la totalité de la commune. Finalement, le 16 juin 1859, le Corps législatif vote l'extension des limites de Paris, promulguée le 3 novembre. Celle-ci permettait l'annexion administrative de la couronne, la création de vingt nouveaux arrondissements et à partir du 1^{er} janvier 1860, l'instauration du régime de l'octroi dans les nouvelles communes annexées. Il existait, dès avant l'annexion, un sentiment d'autonomie communale très fort de communes entourant Paris, d'ailleurs mis en évidence par l'enquête préalable. Il ne semble pas que le préfet de la Seine, pourtant très conscient de cette forte individualité, ait voulu aller à l'encontre de celui-ci et il n'a pas manifesté, sauf pour le cas de Belleville, de volonté de « briser les centres communaux ou les ensembles déjà urbanisés au moment de l'annexion »²¹. Belleville est en effet une commune que l'on juge dangereuse, propice à la révolte et aux débordements populaires : Haussmann choisit donc délibérément de la diviser entre le 19^e arrondissement pour la partie nord, et le 20^e arrondissement pour le quartiers plus au sud de Ménilmontant.

L'annexion des communes suburbaines de 1860 est une opération administrative tout autant que d'urbanisme puisqu'il s'agit de réaliser le grand Paris, en leur étendant des infrastructures telles que l'éclairage, ou l'amélioration et le nivellement de la voirie — dans les quartiers de l'est où les escarpements sont nombreux — , ou bien encore l'accès à l'eau potable et l'évacuation des eaux usées. Cette annexion est donc empreinte d'un évident souci d'unification et de rattrapage dans des domaines dont les arrondissements du centre bénéficiaient depuis longtemps.

Dans une certaine mesure, la construction de l'hôpital de Ménilmontant répondait au besoin d'équipement d'un quartier désavantagé, relativement éloigné des structures de soins et en plein croissance démographique. C'était

²⁰ ROULEAU B., *Villages et faubourgs de l'ancien Paris, Histoire d'un espace urbain*, Paris, Le Seuil, 1985, p. 220 et suiv.

²¹ *Ibid.*, p. 223.

aussi sans doute aux yeux de l'administration un moyen d'accélérer le rattachement de ces communes suburbaines encore sous-équipées.

Néanmoins, les délais sont longs. Concernant la voirie, la rue de Puebla, future rue des Pyrénées, est à peine ébauchée dans les années 1860, et n'est pas achevée avant 1877. L'avenue de la République, trait d'union entre le 20^e arrondissement et le centre de Paris n'atteint Ménilmontant qu'en 1882. La construction des égouts et d'un réseau de distribution de l'eau, confiée aux soins d'Alphand et de Belgrand, connaît également des retards. Si à Belleville les réservoirs contenant les eaux de la Dhuis et de la Marne sont édifiés entre 1863 et 1865, ils profitent peu au départ au 20^e arrondissement. Les constructions encore éparses, la voirie inachevée et surtout le branchement sur le réseau à la charge des propriétaires encore trop onéreux témoignent du décalage entre les intentions affichées et la réalité. Bref, l'équipement du nouveau 20^e arrondissement s'achemine bien lentement. Dans ce contexte, l'érection du nouvel hôpital apparaît comme un premier jalon, qu'il convient de terminer rapidement. En témoigne une lettre de 1876, du Directeur de l'Assistance publique au Préfet de la Seine. Ce dernier vient de tancer vertement son collègue sur la lenteur de la construction des bâtiments de l'hôpital de Ménilmontant qu'il a d'ailleurs visités un mois auparavant. Après s'être expliqué sur le dépassement des délais imputables aux différents corps de métiers présents sur le chantier, le Directeur de l'Assistance publique ajoute :

« Permettez-moi de vous signaler le défaut de viabilité des rues qui mènent à l'hôpital de Ménilmontant; ni les rues Sorbier, de la Dhuis, de la Chine, ne sont nivelées et le pavage de la rue de Pelleport était encore il y a quelques jours dans un tel état qu'aucune voiture ne pouvait pénétrer dans notre chantier. »²²

²² *Lettre du Directeur de l'Assistance publique du 24 octobre 1876 au Préfet de la Seine, Archives de la Seine, Enquête du plan parcellaire. Formation d'un square autour de la Mairie du XX^e arrondissement, A. S., VO NC 333.*

Autant dire que le 20^e arrondissement apparaîtrait encore, au milieu des années 1870, comme un véritable « désert »²³, une « Sibérie »²⁴ pour lesquels il demeure encore beaucoup à faire.²⁵ Dans cette perspective, la construction d'un nouvel hôpital dans un lieu excentré, bénéficiant d'un air pur, mais à proximité de quartiers populaires comme Belleville et les arrondissements de l'est parisien, offrait le double avantage de soulager les autres hôpitaux de la rive droite comme Saint-Antoine ou Lariboisière, et de s'installer dans un espace encore peu dense où le prix des terrains était tout à fait accessible.

Près de trente ans plus tard, la situation a bien changé. Le raccordement de l'hôpital au réseau du métro est opéré en 1905 avec l'ouverture de la station Gambetta qui permet le désenclavement de ce quartier jugé si éloigné qu'une indemnité mensuelle de 25 francs est accordée aux internes pour « frais de déplacement »²⁶ pour se rendre dans ce quartier déshérité. L'hôpital Tenon a désormais sa place dans la ville de Paris.

²³ L'expression est de Louis Lazare dans *Les quartiers pauvres de Paris, le XX^e arrondissement*, Paris, 1870, p. 48 ; p. 66.

²⁴ *Ibid.*, p. 27.

²⁵ « Pourtant près de dix ans après l'annexion, l'urbanisation des quartiers périphériques reste très inégale et le contraste s'accuse entre l'est et l'ouest. Lazare note à quel point les quartiers de l'est restent délaissés et n'obéissent à aucun plan d'ensemble. (...) Les ouvriers qui travaillent dans le centre sont astreints à de longs trajets à pied, alors que ces quartiers de l'ancienne banlieue ne bénéficient même plus des anciens avantages de l'exemption de l'octroi. Les boulevards de l'est sont à l'abandon et l'équipement en eau qui n'a pas suivi le développement urbain est très insuffisant. », ROULEAU B., *Villages et faubourgs de l'ancien Paris (...)*, *op. cit.*, p. 223.

²⁶ « Les médecins et les chirurgiens de Tenon reçoivent une indemnité fixée à 3000 francs en raison de la distance à laquelle est situé cet établissement. Les internes sont logés et touchent indépendamment de leur indemnité réglementaire une indemnité mensuelle de 25 francs pour frais de déplacement. », *Encyclopédie municipale de la Ville*, Paris, 1902, cité par COCHETON J.J., *L'hôpital Tenon. Un hôpital nouveau à Paris au XIX^e siècle*, Paris, AP-HP, 1999, p. 20. Il ajoute que celle-ci a été maintenue jusqu'en 1950.

3. *L'Hôtel-Dieu au cœur d'un centre remanié*

La réédification de l'Hôtel-Dieu correspondait on l'a vu, au souhait de maintenir un bâtiment dans l'ombre de la cathédrale, mêlant le souvenir de la charité chrétienne et l'évergétisme louis-napoléonien dans un seul édifice. Mais à quel public était-il destiné, du moins aux yeux des administrateurs dans un quartier vidé de ses habitants par la politique du Préfet de la Seine ?

Si l'on suit Louis Lazare en effet, la Cité et les quartiers du centre ont connu une fuite de leur population ouvrière, chassée par les travaux d'Hausmann et la hausse des loyers consécutive. Il imagine un dialogue entre une ménagère de Belleville en 1870, femme d'ouvrier et un écrivain censé l'incarner.

« Avant 1848, nous demeurions dans l'impasse Saint-Faron, près de l'hôtel de Ville, au cinquième étage d'une ancienne maison. Notre réduit consistait en deux chambres et un petit cabinet servant de cuisine, le tout au prix de 110 francs par an. Nous venions de nous marier. En 1849, on nous signifia notre congé ; on allait continuer la rue de Rivoli. Ce premier déplacement ne s'opéra pas sans regret. (...) »

Forcés par l'expropriation de quitter l'impasse Saint-Faron, mon mari voulut aller habiter la rue de Ménilmontant, qu'on appelle aujourd'hui rue Oberkampf. Mais notre intention était de n'y loger que provisoirement pour retourner dans notre ancien quartier. Je m'y rendis effectivement en 1852 ; mais le prix des petites locations avait doublé dans les anciennes rues, et dans les voies nouvelles, pas moyen d'y songer ; chaque portier, devenu concierge répondait invariablement : *Le propriétaire ne veut plus d'ouvriers.* »²⁷

²⁷ LAZARE L., *Les quartiers pauvres de Paris. Le 20^e arrondissement*, Paris, Études municipales, 1870, p. 99 et 101.

Lazare répond en effet par la bouche de l'écrivain que les coûts d'expropriation ont été si élevés qu'il a fallu les rentabiliser en édifiant des « maisons importantes », qui excluaient toute forme de logement ouvrier. De plus, il ajoute que les petites locations qui subsistaient ont vu leurs loyers doubler en raison de la rénovation, rendue obligatoire par l'homogénéisation du quartier. Ainsi l'embourgeoisement, issu des travaux de celui qu'il appelle « l'autocrate municipal », est-il pour Louis Lazare la caractéristique principale des quartiers du centre de la capitale. Ulysse Trélat ne dit pas autre chose quand il s'oppose au projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu en 1864.²⁸

L'examen des dossiers d'expropriation pour l'édification du nouvel Hôtel-Dieu ne laisse aucun doute quant au caractère très misérable des ruelles qui composaient la Cité dans la première moitié du siècle. Pour autant, il subsiste encore, au moins jusqu'en 1914, un habitat populaire à proximité de l'hôtel de Ville, en direction du Marais vers la rue du faubourg Saint-Antoine, ainsi que dans le quartier des Arcis. De même, rive gauche, les rues autour de Saint-Julien-le-Pauvre ne sont pas toutes habitées par de riches bourgeois. Les mêmes dossiers d'expropriation²⁹ indiquent qu'en 1878, il subsistait encore dans six bâtiments à exproprier aux alentours, une blanchisseuse, un marchand de vin qui « donne aussi à manger et fait au-dehors des fournitures de vin au panier », un limonadier qui est en fait tenancier de débit de boisson « prolongé par une salle de billard à l'étage ». Autant dire que tout un Paris populaire n'a pas été complètement évincé du centre de la ville et, si ce n'est pas directement à eux que s'adresse le nouvel Hôtel-Dieu, il est certain qu'ils vont faire partie des patients susceptibles de recourir aux soins de l'hôpital. Peut-être sont-ils des vestiges de la présence d'un petit peuple au centre la capitale ? On peut le supposer, mais leur existence est attestée. Ainsi l'Hôtel-Dieu, même s'il est moins un hôpital uniquement destiné à un public populaire à l'image de

²⁸ TRELAT U., *Étude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu*, op. cit.

²⁹ *Emplacement de l'ancien Hôtel-Dieu. Echange de terrains entre la ville de Paris et l'Assistance publique quai de Montebello et rue du Fouarre. Elargissement de la rue de la Bûcherie : estimations foncières et résumé, plan, 1877-1880*, A. S., VO NC 326.

Lariboisière et Tenon, en raison de l'embourgeoisement indéniable des quartiers centraux, a-t-il aussi une vocation de proximité.

Par ailleurs, le voisinage de la Préfecture de police est un autre élément qui a des conséquences sur le recrutement de la clientèle de l'hôpital. Dans les *Historiques des hôpitaux*, sorte d'almanach tenu par les administrations hospitalières, on découvre en 1893³⁰ que :

« Par suite de la proximité avec le dépôt de la Préfecture de police, l'Hôtel-Dieu a l'avantage de recevoir une clientèle toute particulière de malheureux dont un grand nombre relèverait davantage de l'hospice que de l'hôpital. Les médecins ont souvent réclamé contre l'envoi de ces chroniques et infirmes qui viennent occuper inutilement des lits réservés au traitement des maladies aiguës, d'autant mieux que ces grabataires consignés à la disposition de la Préfecture de police, quand ils arrivent à l'hôpital se trouvent pour la plupart déconsignés le lendemain et nous sont laissés pour compte, la Préfecture de police ne reprenant que ceux pour lesquels l'enquête a motivé le maintien de la consigne. En 1893 : la Préfecture de police a fait diriger 354 personnes malades ou infirmes. »³¹

Il est facile d'imaginer que parmi ces « malades » envoyés par la Préfecture, un nombre important d'entre eux simule un malaise afin d'éviter l'inconfort d'une nuit au violon. Certains sont peut-être des « habitués » de la manœuvre. Vraisemblablement la Préfecture envoie aussi les interpellés dont le mauvais état sanitaire est le plus patent, afin de désengorger ses propres cellules remplies de tous les individus appréhendés sur la voie publique. C'est ce qui motive les réclamations des médecins de l'Hôtel-Dieu, constatant que la plupart de ces envois n'ont pas de réelle cause médicale, mais relèvent plutôt de l'hospice. Quoi qu'il en soit, là encore l'Hôtel-Dieu démontre son utilité « locale » : la preuve est ainsi faite au passage que la conception archaïsante de

³⁰ Ces *Historiques* sont incomplets et il ne subsiste pour la période que les années 1893-1913, avec des lacunes.

³¹ AAP, D-285, *Journal de l'année 1893*, Hôtel-Dieu.

l'hôpital assimilé à l'hospice, avec une connotation charitable, en tant que lieu d'hospitalité pour tous ceux qui sont exclus de la société, est dépassée au yeux des médecins.

L'existence enfin du Bureau Central³² au sein même de l'Hôtel-Dieu contribue aussi à envoyer en priorité à l'Hôtel-Dieu les patients, qui viennent bénéficier de la consultation des médecins du Bureau central. Si ces derniers estiment l'admission nécessaire, il semble logique qu'ils soient d'abord admis dans l'hôpital le plus proche. Les archives de l'Assistance publique sont assez minces en ce qui concerne le Bureau Central, supprimé en 1895. On a conservé une enquête de 1805, qui nous renseigne au début du XIX^e siècle, sur le nombre des patients qui sont venus en consultation au Bureau Central. À cette époque, l'Hôtel-Dieu est encore dans son ancien site, le long des rives de la Seine et compte presque 1 000 malades. Néanmoins, il est intéressant de constater que sur le nombre de patients admis en 1806, une bonne part est arrivée *via* le Bureau Central.³³ Certes parmi eux, tous ne sont pas forcément du quartier. Mais l'existence même du Bureau Central contribue à la présence de populations précaires à l'Hôtel-Dieu, sans doute davantage que dans les autres hôpitaux.

Les chiffres des domiciles déclarés des patients en 1879 ne laissent d'ailleurs aucun doute quant à cette évidente fonction de proximité : un peu plus de 40% des admis de l'échantillon³⁴, déclarent une adresse soit dans les 1^{er}

³² Il s'agit du Bureau général d'admission créé en 1801 sur le parvis de Notre-Dame et qui subsiste jusqu'en 1895 : les patients qui souhaitent se faire soigner peuvent s'y rendre tous les jours. Ils sont examinés par un médecin qui décide ou non de leur admission à l'hôpital. Les malades admis sont envoyés dans les différents hôpitaux de la capitale, en fonction de leur disponibilité en lits, dont ils ont l'obligation de rendre compte quotidiennement au Bureau central.

³³ « L'Hôtel-Dieu contenait au 1^{er} janvier 1806 : 1274 malades dont 592 hommes et 682 femmes, 8533 ont été admis via le Bureau Central et 3001 par urgence. », *Exposé des travaux et observations du Bureau Central d'Admissions pendant les trois mois et dix jours de l'an XIV et l'année 1806*, Paris, Imprimerie des Hospices, 1809.

³⁴ 41,35% exactement pour les entrants entre le 1^{er} et le 7 des mois de janvier, mars, mai juillet, septembre et novembre 1879, sans compter les naissances. Voir AAP, *Hôtel-Dieu* 1Q2 281. Ce chiffre est presque identique à celui des patients demeurant à proximité de Lariboisière en 1855 (cf. note 6).

ou 2^e arrondissements, soit plus encore dans les 3^e et 4^e arrondissements. Ainsi, malgré l'embourgeoisement des quartiers du centre, il demeure bien une frange populaire dans ces quartiers qui a besoin des soins dispensés par l'institution hospitalière, ce qui semble aller à rebours de l'opinion communément admise et dont Louis Lazare est l'un des chantres. L'emplacement du nouvel Hôtel-Dieu reconstruit *in situ* malgré les craintes des hygiénistes recèle encore une indéniable utilité sociale.

B. Des quartiers « populaires »

Après avoir vu la part incontestable de clientèle de quartier qui fréquente les trois hôpitaux généraux modernes qui nous intéressent, essayons de caractériser davantage les habitants des arrondissements au voisinage de ceux-ci. En démontrant leur caractère populaire surtout pour les 10^e, 18^e et 20^e arrondissements, on doit pouvoir mieux comprendre le recours à l'hôpital des populations environnantes les établissements, et expliquer les raisons du succès de l'hôpital : s'ils se rendent à l'hôpital, c'est en raison d'activités professionnelles usantes pour le corps. La nécessité des soins médicaux apparaît dans l'urgence ; et son efficacité relative fait de l'hôpital un détour obligé pour nombre de Parisiens. La forte fréquentation hospitalière en augmentation sur la fin du siècle est en effet surprenante, si l'on s'en tient à la mauvaise image dont celui-ci continue d'être victime. De plus, les efforts développés par l'Assistance publique pour privilégier les secours à domicile au détriment de l'hôpital auraient dû porter leurs fruits et enrayer l'afflux des populations vers les hôpitaux. Il n'en est rien car cette politique ne tient pas compte de la pauvreté et de l'insalubrité de l'habitat à la fin du XIX^e siècle.

1. *Des quartiers de travailleurs*

Malgré les bouleversements induits pas l'haussmannisation, les quartiers du centre et de l'est du nouveau Paris ne sont pas uniquement des quartiers résidentiels destinés aux classes les plus aisées de la société. L'artisanat, mais aussi l'industrie s'y maintiennent, ce qui entraîne la présence d'une population ouvrière et industrielle, susceptible de se rendre à l'hôpital.

Concernant les 10^e, le 18^e et le 20^e arrondissements parisiens, les activités industrielles et d'artisanat sont dominantes. On y constate la présence de la grande usine mais aussi de petites industries et d'artisanat traditionnel. Jeanne Gaillard démontre en effet que même après 1860, le petit atelier et l'artisanat se maintiennent dans le centre et dans les arrondissements nouvellement annexés. Le pourcentage des ateliers de moins de deux personnes est d'environ 80% dans ces derniers, mais il est supérieur en chiffres absolus dans le centre ancien de Paris. L'originalité des arrondissements nouveaux est bien « la coexistence d'une poussière de petits ateliers avec quelques entreprises industrielles puissantes que l'on ne trouve pas dans le centre »³⁵, vision beaucoup plus complexe que celle d'arrondissements uniquement perçus comme une succession de sites industriels, d'entrepôts et de réservoirs de main d'œuvre.

Quant aux arrondissements centraux, si le petit artisanat s'y maintient c'est bien qu'il y trouve son compte malgré les travaux et l'augmentation des loyers, en raison de la proximité de la clientèle notamment pour le vêtement, l'article de Paris et l'ameublement. En outre, l'émiettement des processus de fabrication facilite son maintien dans des quartiers très urbanisés. L'existence de nombreux ouvriers et ouvrières en chambre³⁶ témoigne également de la survivance d'un

³⁵ GAILLARD J., *Paris, la Ville (...), op. cit.*, p. 310 et suiv.

³⁶ « Alors que le nombre total d'ouvriers en chambre est en baisse sur l'ensemble de l'ancien Paris (31 260 en 1848, 20 431 en 1860) ce nombre évolue en sens contraire dans les arrondissements les plus centraux de la capitale, les 1^{er}, 2^e et 3^e arrondissements actuels. Aussi est-ce là que l'on relève l'accroissement le plus important des ouvrières en chambre

petit Paris populaire, au cœur même de la capitale. Certes ces ouvriers qui travaillent au centre de la ville ne logent pas tous dans ces arrondissements devenus dispendieux. Mais ils participent de la survivance d'une composante populaire au cœur de la capitale et constituent une clientèle potentielle pour les hôpitaux. De plus en plus de malades se présentent en effet aux consultations directement dans les établissements, plutôt que par l'intermédiaire souvent long et fatigant du Bureau Central. Les hôpitaux deviennent en effet de plus en plus des centres de soins d'urgence, en particulier en cas d'accident du travail, plutôt que des gestionnaires de lits vacants au service de l'Administration de l'Assistance publique. Le Bureau central perd donc de plus en plus son utilité du moins en ce qui concerne l'hospitalisation, car sa mission de premiers soins et de consultation gratuite subsiste. C'est ce qui explique les nombreux projets visant à sa suppression dans la fin du siècle, ce qui finit par se produire en 1895.

Surtout on assiste à une lente transformation de cette petite entreprise jusque dans les quartiers nouvellement inclus dans Paris.

« Le renouvellement industriel dans ces quartiers prend un tour particulier. Les industries anciennes ne s'y modernisent pas, elles demeurent ce qu'elles sont ou disparaissent. En ce cas des industries nouvelles d'un autre type prennent leur place. Rue des Amandiers par exemple on comptait en 1855, huit fabricants à métier, filateurs et tisserands. En 1863 il n'y en a plus que trois et le nombre des métiers est tombé de 40 à 24. (...) La comparaison des calepins fiscaux montre que les disparitions concernent toujours des industries de type ancien, papiers peints (cinq fabriques fermées rien que dans la rue Basfroi de 1855 à 1863), filatures, tissages, teintureries... alors que les notices nouvelles concernent toujours l'industrie du bois, du métal et celle du bâtiment. »³⁷

Il y a donc une adaptation à la demande et une évolution de cette industrie ancienne qui tient compte des secteurs plus porteurs. Autrement dit une

(chiffres absolus et proportion) dont inversement le nombre recule dans les 7^e et 8^e arrondissements. », *Ibid.*, p. 315.

³⁷ GAILLARD J., *Paris, la Ville (...), op. cit.*, p. 335.

industrie se maintient, cause de la présence de nombreux travailleurs des métiers du bois, du métal³⁸ et du bâtiment dans la ville.

Quant aux entreprises de la « seconde vague industrielle »³⁹ utilisant la machine à vapeur et les machines de métal, elle sont également présentes dans ces quartiers de l'est : sous la forme d'ateliers de petite mécanique, elles s'ajustent à l'espace urbain, comme en témoigne la fréquente location en commun de machines à vapeur. Surtout de nouveaux domaines comme la métallurgie bénéficient de la qualification de la main d'œuvre présente et de l'esprit d'entreprise de ses dirigeants pour se développer : que ce soit la construction des machines, les entreprises de chaudronnerie, la ferblanterie, la taillanderie, « le comportement de la métallurgie dans les quartiers du centre et de l'Est parisien se révèle très analogue à celui de l'artisanat chaque fois que la comparaison est possible. »⁴⁰

Ainsi ces arrondissements sont-ils donc dominés par plusieurs types d'ouvriers, ceux de l'usine et ceux de l'atelier, sans oublier les ouvriers à domicile en nombre très important également.

Il ne faudrait pas en déduire une image erronée d'arrondissements unanimement riches et identiquement industriels. Des hiérarchies se font jour entre la valeur des entreprises installées dans tel ou tel quartier. Pour se faire une idée d'ensemble, on peut reprendre les observations publiées en 1899⁴¹, par Jacques Bertillon, qui dirige le Service de la Statistique municipale. Celui-ci

³⁸ On ne s'explique pas autrement la forte concentration de taillandiers dans les 1ers et 4^e arrondissements, ainsi que l'écrit J. Gaillard : « Les ateliers de ferblanterie et de taillanderie, entre autres, s'implantent essentiellement dans les 1^{er} ou le 4^e, au voisinage des Halles, à l'époque même où beaucoup d'artisans du centre font retraite vers le 10^e et le 11^e. quant aux ateliers métallurgiques qui élisent le 11^e arrondissement nouveau, ils ne reculent pas au-delà vers le 20^e dont ils abandonnent les bas loyers aux petits métiers, passementiers et cordonniers en chambre, applatisseurs de corne qui ne travaillent pas directement pour le public. », in GAILLARD J., *Paris, la Ville (...)* op. cit., p. 461.

³⁹ *Ibid.*, p. 337.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 338.

⁴¹ BERTILLON J., PREFECTURE DU DEPARTEMENT DE LA SEINE, Service de la Statistique municipale, *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris pendant la période 1865-1887, envoyés à l'Exposition universelle de 1889*, Paris, Masson, 1889, p. 16.

indique que les 18^e, 19^e et 20^e arrondissements font partie des arrondissements les plus pauvres de la capitale, si on cumule les critères du nombre de domestiques, du nombre de mariages passés avec contrat, le nombre d'ouvriers, et le nombre d'indigents inscrits aux Secours publics. Les 3^e, 4^e et 5^e arrondissements appartiennent à la catégorie moyenne des arrondissements « aisés », mais connaissent un taux de 40 à 50% d'ouvriers, et de 4 à 6,5% d'indigents inscrits.

Grâce au relevé des professions des habitants à l'échelle du quartier cette fois, la description s'affine : les maçons, et les peintres en bâtiments sont particulièrement bien représentés⁴² dans les quartiers du centre (4^e et 5^e arrondissements) avec les taux de maçons (pour les quartiers Notre-Dame, et Saint-Victor), et de peintres (pour le quartier Saint-Gervais) les plus importants de la capitale. Les populations d'ouvriers du bâtiment, de journaliers, d'indigents sont donc assez présentes dans les alentours des trois principaux hôpitaux généraux de la capitale : la destination annoncée des hôpitaux en faveur des classes les plus défavorisées voisines de l'hôpital semble atteinte. Comment expliquer que ces populations continuent de se rendre massivement à l'hôpital, alors qu'une alternative — les soins à domicile — existe et semble bien préférable aux yeux des autorités ?

2. La médecine à domicile : une soupape pour l'hôpital ?

Les soins médicaux dispensés au domicile des malades font partie durant tout le XIX^e siècle des moyens pour soulager les maux dont souffrent les plus pauvres, à défaut de les guérir en leur évitant le déplacement à l'hôpital, considéré comme le dernier recours par les administrateurs de l'Assistance

⁴² BERTILLON J., *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne (...)*, op. cit., cartes 27 et 28, p. 93 et 94.

publique. Comme l'écrit celui qui a été le premier Directeur de l'Assistance publique entre 1849 et 1859, Henri Davenne :

« Les hôpitaux et les hospices ne doivent être en quelque sorte que le supplément [*des secours à domicile*]. Ils sont nécessaires pour ceux qui se trouvent dans un dénuement absolu, sans parents, sans amis, sans aucun moyen personnel d'existence ; mais à l'aide des secours, on peut diminuer considérablement le nombre de ceux qui demandent à y être admis, en les retenant au sein de leur famille... La morale publique ne peut que gagner à ce mode de secours... »⁴³

Le fonctionnement de ces soins à domicile était le suivant : « d'un côté des visites régulières à domicile permettent d'éviter de donner des soins trop importants en prenant les devants (...) d'un autre côté, les médecins dépendant des Bureaux de bienfaisance administrent des soins médicaux qui évitent aux indigents d'aller dans les hôpitaux »⁴⁴ Comment expliquer malgré l'existence ce système et sa priorité donnée par l'institution que l'hôpital soit préféré ? Pourquoi les soins à domicile échouent-ils dans la déshospitalisation ?

2.1. *Des conditions de logement précaires*

La composition des populations qui habitent et travaillent dans les quartiers aux alentours des hôpitaux est l'indice que leur implantation a somme toute été bien pensée. Pour autant, il ne suffit pas seul à expliquer que les habitants de Paris se rendent massivement à l'hôpital. Les conditions assez précaires de logement rendent difficiles l'application d'une médecine à domicile véritablement efficace. Ce mode de soins est pourtant réclamé par de nombreux membres du Conseil de Surveillance de l'Assistance publique, inquiet devant l'augmentation des frais de l'administration, dans lesquels le financement des hôpitaux pèse lourd.

⁴³ DAVENNE, H. *De l'organisation des secours publics en France*, Paris, Dupont, 1865, tome II, pp. 304-305, cité par FELKAY, C., *Les Bureaux de bienfaisance à Paris de 1796 à 1860*, mémoire de DEA sous la direction de F. DEMIER, Université de Paris X-Nanterre, 2004-2005, p. 8.

⁴⁴ FELKAY, C., *Les Bureaux de bienfaisance (...)*, op. cit., p. 8.

La création de la Commission sur le logement insalubre par la loi du 13 avril 1850 a marqué la première étape d'une action publique, encore bien timide⁴⁵, envers l'amélioration du logement. Ses premières inspections visent à la prescription de mesures visant à corriger la viciation de l'air grâce à des ventilateurs, des ouvertures d'extraction, la suppression de fosses mauvaises, ou bien encore la construction de tinettes filtrantes. Les vices de constructions sont également dénoncés comme par exemple des cheminées sauvages, bricolées, « adossées à des pans de bois » ou édifiées « après coup (absence de trémie) », ou bien encore des « charpente traversant des cheminées »⁴⁶, facteurs souvent décisifs dans le déclenchement d'incendies. Enfin, le sous-équipement sanitaire concernant l'adduction en eau et l'évacuation des eaux usées est pointé comme un autre élément de l'insalubrité des logements des classes les plus pauvres de la société. Ses efforts sont soulignés mais encore considérés comme insuffisants par la Préfecture de police, qui se dote dès 1878 d'un service d'Inspection sanitaire pour les hôtels meublés et les logements loués en garnis, considérés comme les plus propices au développement des épidémies.⁴⁷ Enfin, la « mise en œuvre du casier sanitaire des maisons de Paris, inventaire complet des données morphologiques, sanitaires et médicales des 70 000 immeubles de

⁴⁵ Yankel Fijalkow souligne fort justement les limites de la loi : « On doit émettre fort justement beaucoup de réserves sur le volontarisme de la loi de 1850 : le conseil municipal peut nommer une commission de logements insalubres, il n'y est pas tenu ; cette commission n'agit que sur la base d'une plainte du locataire concerné ; toutes les décisions du conseil municipal prises après avis de la commission sur les logements insalubres sont susceptibles de recours auprès du Conseil de Préfecture. Les propriétaires ne se privant guère de ces moyens, l'état d'esprit de la loi est plus important que ses effets sur le parc immobilier. » in FIJALKOW Y., « Surpopulation ou insalubrité : deux statistiques pour décrire l'habitat populaire (1880-1914) », *Le Mouvement Social*, n° 182, janvier-mars 1998, p. 81, note 9.

⁴⁶ LOUA T., « Les logements insalubres à Paris », *Journal de la Société de statistique de Paris*, t. 3, 1879, p. 45.

⁴⁷ « En fait, il était indispensable de confier à la préfecture de Police, plutôt qu'à la commission des logements insalubres le soin de surveiller et d'assurer l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garni. », ce qui explique l'ordonnance de police du 7 mai 1878, qui fait désormais de cette catégorie de logements, l'objet de contrôle de la part d'agents de la préfecture de police, et non plus d'agents de l'inspection de l'assainissement, des architectes voyers, des commissions d'hygiène et de salubrité d'arrondissement, ou jusqu'en 1879 des médecins du service de vérification des décès. Extrait de PREFECTURE DE POLICE, *Salubrité des hôtels meublés et des logements loués en garni, service de l'Inspection sanitaire et dans les communes du ressort de la Préfecture de Police*, Paris, Chaix, 1895, p. 8.

la capitale »⁴⁸ par la Préfecture de la Seine en 1894 constitue le complément de l'émergence d'un urbanisme hygiéniste, qui vise à stigmatiser les îlots insalubres, concentrés des bâtisses les plus suspectes de diffuser des épidémies. On découvre sans surprise que trois, parmi les six îlots identifiés en 1894, se trouvent dans l'aire de recrutement des patients de l'Hôtel-Dieu : l'îlot Saint-Merri (3^e et 4^e arrondissements), puis celui de Saint-Gervais (4^e arrondissement), et enfin celui de Saint-Victor (5^e arrondissement). Quelle que soit l'autorité, le constat d'une dégradation des conditions de logement, pour les classes les plus pauvres de la population, est patent dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Il explique en partie l'inefficacité relative d'une médecine à domicile vouée à l'échec dans des conditions de surpeuplement, d'hygiène et de confort qui font pâlir les contemporains.

2.2. *Le recours difficile à la médecine à domicile*

A partir de 1854, l'administration de l'Assistance publique réorganise de manière plus fonctionnelle le service de la médecine à domicile, qui existait déjà sous le Conseil général des Hospices, mais qui ne relevait pas directement de ses attributions. La médecine à domicile était en effet un service distinct des hôpitaux, sous la tutelle des administrateurs des Bureaux de Bienfaisance. En raison d'un manque chronique de moyens⁴⁹, répartis par les maires d'arrondissements, les secours à domicile étaient très limités.

« On serait tenté de croire qu'elle [*l'ancienne administration*] avait peu de sympathie pour l'extension des malades à domicile, dont elle n'avait que la surveillance, et qu'elle réservait toutes ses affections et tous ses soins pour les établissements hospitaliers placés sous sa direction immédiate.

Heureusement, il n'en est plus ainsi aujourd'hui. Toutes les branches de l'Assistance publique sont réunies sous une même

⁴⁸ FIJALKOW Y., « Surpopulation ou insalubrité (...), *art. cit.*, p. 87.

⁴⁹ Cette allocation était comprise entre 1800 et 2500 francs par arrondissement avant 1853. Voir GAILLARD J., *Paris, la Ville (1852-1870)*, *op. cit.*, p. 244.

administration, et Monsieur le Directeur général s'occupe avec la même sollicitude de toutes les parties qui composent la grande administration qui lui est confiée. Il comprend que les divers degrés de secours doivent se lier et s'entr'aider ; que chacun doit avoir la puissance et le développement que comporte son importance, que l'un ne doit pas être favorisé aux dépens de l'autre, sans danger de rompre l'équilibre et de porter préjudice aux intérêts des malheureux souvent les plus dignes d'assistance. »⁵⁰

Ces soupçons d'une plus grande attention portée aux secours hospitaliers ne sont pas neufs et font écho aux reproches exercés par Alexis Beau lors de la construction trop onéreuse selon lui de l'hôpital du Nord en 1843. Quoi qu'il en soit les autorités ont conscience que la prise en charge médicale doit aussi passer par la prévention. On constate du reste, à partir de 1854, l'organisation d'une médecine à domicile qui soigne des patients en nombre croissant.

Les *Rapports sur le traitement des malades à domicile* publiés régulièrement par l'Assistance publique à partir de cette date permettent d'avoir une idée plus précise de son rôle vis-à-vis de l'hôpital. En fait très souvent les soins à domicile sont présentés par l'administration comme le moyen de désengorger l'hôpital⁵¹, et *in fine* d'économiser sur les lourds coûts de la machine hospitalière. On peut légitimement s'interroger sur la validité d'un tel postulat, *a fortiori* lorsque celui-ci s'accompagne d'un discours moralisateur sur les vertus des soins prodigués dans un environnement familial au sein du foyer. De plus, ce sont les mêmes administrateurs qui vantent avec tant d'enthousiasme la qualité d'une

⁵⁰ Administration de l'Assistance publique, *Rapport de la commission chargée de l'examen du projet de règlement sur le traitement des malades à domicile*, Paris, Dupont, 1853, p. 16.

⁵¹ « Personne depuis 1854 ne pouvait douter sérieusement du succès de la nouvelle institution ce succès était dans la nature des choses et tenait à des causes qui méritent d'être mentionnées : la principale apparaît dans la sympathie de la population pour un mode d'assistance qui concilie l'intérêt des familles avec le bon ordre et la morale publique. Une autre cause qui a également contribué pour une large part au développement de l'institution, c'est sa puissante organisation et la régularité avec la quelle le service fonctionne. En dépit de la misère qui les entoure et malgré l'exiguïté incommode de leurs logements, les malades guérissent plus vite dans leurs demeures qu'à l'hôpital ! » *in* GILLE Charles-Fénelon, *Le traitement des malades à domicile. Son histoire et ses rapports avec les bureaux de bienfaisance de la Ville de Paris*, Paris, Germer Baillière & Cie, 1879, p. 485.

médecine à domicile, et qui constatent les difficiles conditions du logement dans les quartiers populaires. L'apparente contradiction de la démarche porte l'empreinte de l'ambivalence de la politique sanitaire sous l'Empire et au début de la III^e République : on veut soigner mais sans concentrer des populations considérées comme dangereuses, et dont le regroupement ne peut avoir qu'une mauvaise influence d'un point de vue médical comme d'un point de vue moral.

Premier enseignement de ces *Rapports* : le nombre de malades soignés à domicile est en augmentation constante sur toute la fin du XIX^e siècle. On passe de 30 715 inscriptions en 1854 à 78 123 en 1871, comme l'indique le tableau ci-dessous extrait du *Rapport sur le traitement à domicile pendant les années 1868, 1869, 1870 et 1871*.⁵²

Tableau 1.
Comparaison entre 1854 et 1871 du nombre de nécessiteux et d'indigents inscrits au traitement à domicile

	1854	1871	
Population générale de Paris	1 053 262	1 799 980	
Inscription au traitement à domicile	30 715	78 123	Dont malades : 68 774 et accouchées : 9 349
– indigents	14 898	25 856	
– nécessiteux	15 817	42 918	
Proportion des inscriptions au chiffre de la population générale	2,92%	3,82%	
Dépense totale	462 263	889 640	Dont malades : 750 423 et accouchées : 139 217

Administration de l'Assistance publique, *Rapport sur le traitement des malades à domicile pour les années 1868, 1869, 1870 et 1871*, Paris, Dupont, 1872.

Le nombre de malades traités passe de 28 076 en 1854 à 75 273 en 1880. En proportion, le nombre de malades inscrits au traitement à domicile a pratiquement augmenté d'un point au regard de la population parisienne dans son ensemble. Bref, le succès de ce mode de soin est indéniable. Si on regarde le

⁵² Administration de l'Assistance publique, *Rapport sur le traitement des malades à domicile pour les années 1868, 1869, 1870 et 1871*, Paris, Dupont, 1872.

chiffre des accouchements à domicile qui fait l'objet d'un chapitre à part dans les *Rapports*, les résultats sont identiques.

Est-ce à dire que le succès du traitement à domicile serait la marque d'un déclin de l'hôpital ou du moins d'une désaffection de celui-ci ? En d'autres termes, les soins à domicile ont-ils réussi à supplanter l'hôpital ainsi que le voulaient les administrateurs de l'Assistance publique ? En réalité, la concurrence avancée entre la médecine à domicile et les soins délivrés à l'hôpital est purement théorique. Dans le même temps, le nombre de personnes entrées dans les hôpitaux parisiens est passé en effet de 55 029 individus en 1851, pour l'ensemble des établissements généraux de l'Assistance publique à 64 982 en 1879, et à 125 143 en 1903, pour atteindre 153 666 en 1913⁵³, soit une croissance de plus de 200%. C'est dire que l'augmentation est autrement plus forte pour la population soignée à l'hôpital, que pour celle soignée à domicile. L'objectif de désengorgement de l'hôpital grâce au développement d'une médecine de quartier est donc loin d'être atteint.

Selon toute vraisemblance, cette moindre progression des secours à domicile s'explique par l'inconfort des logements : ils ne peuvent être des lieux de soins au même titre que les hôpitaux. De plus, la demande de soins n'est sans doute pas la même. Tout se passe comme si la médecine à domicile était moins une concurrente de l'hôpital qu'un supplétif qui permet de digérer la formidable hausse démographique⁵⁴, et qui nourrit une population qui utilise tous les moyens mis à sa disposition. Surtout, il n'y pas d'équivalence entre soin délivré à domicile et la prise en charge pendant quelques jours à plein temps dans un établissement hospitalier. Comme le constate Gustave Mesureur, directeur de l'Assistance publique en 1903, « le traitement à domicile n'a pas donné tous les résultats qu'on était en droit d'espérer ». Un faisceau

⁵³ Voir AAP, *Comptes moraux*, 3M1, 3M30, 3M53 et 3M60.

⁵⁴ « Même si l'on ajoute aux 84 000 hospitalisés de 1863, les 49 000 individus justiciables des soins gratuits à domicile, on ne retrouve pas la proportion des malades qui étaient à la charge des hospices au début du siècle, seulement *grosso modo* la proportion de 1850, soit environ 12%. », in GAILLARD J., *Paris, la Ville (...)*, op. cit., p. 251.

d'arguments explique selon lui cette situation. En premier lieu, il fustige l'incurie des médecins au domicile des patients :

«Un trop grand nombre d'entre eux se contente d'une seule visite, à la suite de laquelle le malade est soit dirigé sur l'hôpital, s'il est gravement atteint, soit renvoyé au service des consultations si son affection ne le met pas dans l'impossibilité de se déplacer. [Tout cela rend illusoire tout service de traitement à domicile puisque] le malade renvoyé aux consultations a bien la ressource de rappeler le médecin mais il craint le plus souvent qu'un nouvel appel ne mécontente celui-ci, et il continue à se rendre à la consultation alors que bien souvent il eût infiniment mieux valu pour lui d'être soigné à domicile. »⁵⁵

La raison en est certainement à chercher dans l'insuffisante rémunération des médecins par les Bureaux de bienfaisance. Corollaire de cet état de fait, le manque de moyens financier dont souffrent les Bureaux de bienfaisance et qui fait préférer l'hôpital aux malades. G. Mesureur souligne en effet

« l'insuffisance des ressources dont bénéficient les bureaux de bienfaisance sur les crédits de l'assistance à domicile qui ne leur permet que de moins en moins d'assurer aux malades en même temps que la gratuité du traitement médical, l'allocation de secours suffisants pour représenter au moins une part appréciable des dépenses en nourriture et des pertes de temps résultant pour leur famille de ce mode d'assistance. »⁵⁶

Il achève son rapport par une démonstration portant sur le coût paradoxal d'un malade à domicile pour son foyer, plus lourd que s'il était hospitalisé. En effet, lorsqu'il est à l'hôpital, la famille n'est privée que de son salaire, alors que s'il est à la maison, la perte du gain des proches qui doivent rester à son chevet grève le budget familial, sans compter ajoute G. Mesureur, « les dépenses de

⁵⁵ Administration de l'Assistance publique, *Rapport sur le traitement des malades à domicile pendant les années 1899, 1900 et 1901*, Paris, Dupont, 1903.

⁵⁶ *Ibid.*

nourriture, de blanchissage et de douceurs coûteuses qu'il réclame à sa famille et qu'on ose rarement lui refuser.»⁵⁷ Il termine son réquisitoire par la réclamation de moyens suffisants pour les malades à domicile et leur famille afin d'éviter une hospitalisation, que semblent lui préférer les malades voulant éviter d'être une trop lourde charge pour les siens. Ainsi, faute de moyens matériels et financiers à la hauteur de l'enjeu, les soins à domicile ne sont pas parvenus à réduire les hospitalisations.

Les trois hôpitaux parisiens considérés sont bien emblématiques d'un regain d'attention des autorités envers les classes les plus populaires de la société : fournir des soins à ceux qui en ont le plus besoin, dans des quartiers marqués par une composante laborieuse forte, et dans lesquels les conditions de logement excluent toute autre forme de soins. Hôpitaux de quartiers, leur clientèle correspond à l'objectif qui était le leur au moment de leur édification : fournir au plus près des soins dans une ville en constant accroissement démographique, et dans laquelle les déplacements ne sont pas aisés.

Est-ce à dire qu'une stratégie hospitalière se met en place dans la seconde moitié du XIX^e siècle ? Quoi qu'il en soit et parallèlement aux progrès de la science médicale, l'hôpital change de destination dans la fin du siècle. Il est désormais davantage perçu et utilisé par des patients qui résident ou travaillent dans son voisinage. Après avoir examiné le rôle de l'hôpital dans son quartier, voyons maintenant celui-ci dans son fonctionnement à la fois au sein de ses institutions de tutelle, mais également aux yeux de ses utilisateurs.

⁵⁷ *Ibid.*

DEUXIEME PARTIE

LA GESTION DES HOPITAUX

Chapitre III

L'hôpital : un outil aux mains de l'Assistance publique

Après les nombreux débats sur la localisation de l'hôpital dans la ville et sur ses fonctions au sein de l'espace urbain, se pose le problème de sa gestion d'un point de vue financier, administratif et médical ainsi que celui de son utilisation comme outil de la politique sociale de la ville. L'hôpital se modernise en effet et devient peu à peu un espace réservé aux soins médicaux, un équipement urbain et laïcisé largement utilisé par les populations. Il convient alors de s'interroger sur les structures d'encadrement de cette institution en pleine mutation : qui dirige l'hôpital au XIX^e siècle ? Depuis la loi de 1849 et à la différence des autres communes françaises où la gestion des hôpitaux est confiée à une commission administrative, les hôpitaux parisiens dépendent d'un Directeur, assisté d'un Conseil de surveillance. Quelle est la nature de cet encadrement ? En quoi cette tutelle particulière à Paris a-t-elle facilité une modernisation de l'encadrement au sein des hôpitaux ? S'est-il lui-même modernisé ? Peut-on voir ou non dans cette gestion le signe d'une plus grande attention portée par les autorités à l'état sanitaire de la population ?

Si l'hôpital est une institution soumise au contrôle d'assemblées qui sont soit nommées comme le Conseil de surveillance, soit élues à partir de la III^e

République comme le Conseil municipal, la fonction du Directeur de l'Assistance publique se renforce au cours de la période, car incarnée par des hommes de valeur, elle donne cohérence et rigueur à la gestion sanitaire de la capitale.

En somme deux périodes se distinguent dans l'étude de cette administration. Dans un premier temps jusqu'à la fin du Second Empire, l'examen des différents organes qui la composent tend à montrer une administration sous la coupe du Préfet de la Seine. Ensuite, des dissensions politiques se font jour entre le Conseil municipal et le Conseil de surveillance, reflétant aussi bien le combat des Républicains pour défendre le sort des plus déshérités, que les luttes d'influences entre une assemblée légitimée par le suffrage universel et un conseil de notables compétents certes, mais nommés.

A. L'hôpital une instance sous contrôle

Le versant hospitalier de l'Assistance publique demeure l'un des plus importants en termes financiers tout au long du XIX^e siècle : les secours à domicile rattachés à l'Administration, malgré les souhaits de certains Républicains en 1848, sont réduits à la portion congrue de l'Assistance, si l'on s'en tient aux sommes qui leur sont attribuées par l'Administration. L'hôpital coûte cher et s'ancre dans la ville comme l'espace de soins pour les plus démunis ; amer intangible et visible d'une politique d'assistance encore marquée jusqu'aux années 1880 du sceau de la charité. Il est donc essentiel de s'assurer son contrôle par des personnes et des organismes de tutelles qui s'assurent de la validité des décisions prises et qui vérifient la gestion rigoureuse des deniers par le Conseil de surveillance : les rôles du ministre de l'Intérieur et du préfet de la Seine sont essentiels mais ils tendent à s'atténuer. Ceux du Conseil de surveillance ainsi que du Conseil municipal de Paris deviennent de plus en plus déterminants : les luttes qui les opposent

témoignant de la vivacité du débat démocratique sous la III^e République notamment.

1. L'organisation de l'Assistance publique en 1849

La loi du 10 janvier 1849 précise bien que l'Assistance publique est dirigée par un Directeur, nommé par le ministre de l'Intérieur, sur la proposition du Préfet de la Seine¹. Le directeur exerce son autorité sur les services intérieurs et extérieurs de l'Assistance publique, s'assure de la préparation des budgets, ordonne les dépenses et présente le compte de son administration. Il représente les établissements hospitaliers et de secours à domicile en justice, soit en demandant, soit en défendant². Les décisions qu'il prend doivent avoir l'aval du Préfet.

À ses côtés, un Conseil de surveillance est chargé de faire des propositions et d'éclairer celui-ci dans la gestion de l'administration. Au sein de ce Conseil, le Préfet de la Seine possède un rôle primordial : il en est le président et toutes les propositions émises par le Conseil doivent obtenir son accord. C'est le Préfet qui convoque le Conseil de surveillance, et en cas de partage des voix en son sein, sa voix est prépondérante³. Le Conseil de surveillance est par ailleurs constitué du Préfet de police, de deux membres du Conseil municipal, de deux maires ou adjoints d'arrondissements, de deux administrateurs de Bureaux de bienfaisance, d'un conseiller d'État ou d'un maître des requêtes au Conseil d'État, d'un membre de la cour de Cassation, d'un médecin et d'un chirurgien des hôpitaux et hospices en exercice, d'un professeur de la Faculté de médecine, d'un membre de la Chambre de commerce, d'un membre d'un des Conseil des Prud'hommes, et de cinq membres n'appartenant à aucune des catégories

¹ *Loi sur l'organisation de l'Assistance publique du 10 janvier 1849*, art. 2.

² *Loi (...) du 10 janvier 1849*, art 3.

³ *Arrêté qui détermine la composition du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique à Paris*, 24 avril 1849, art. 4.

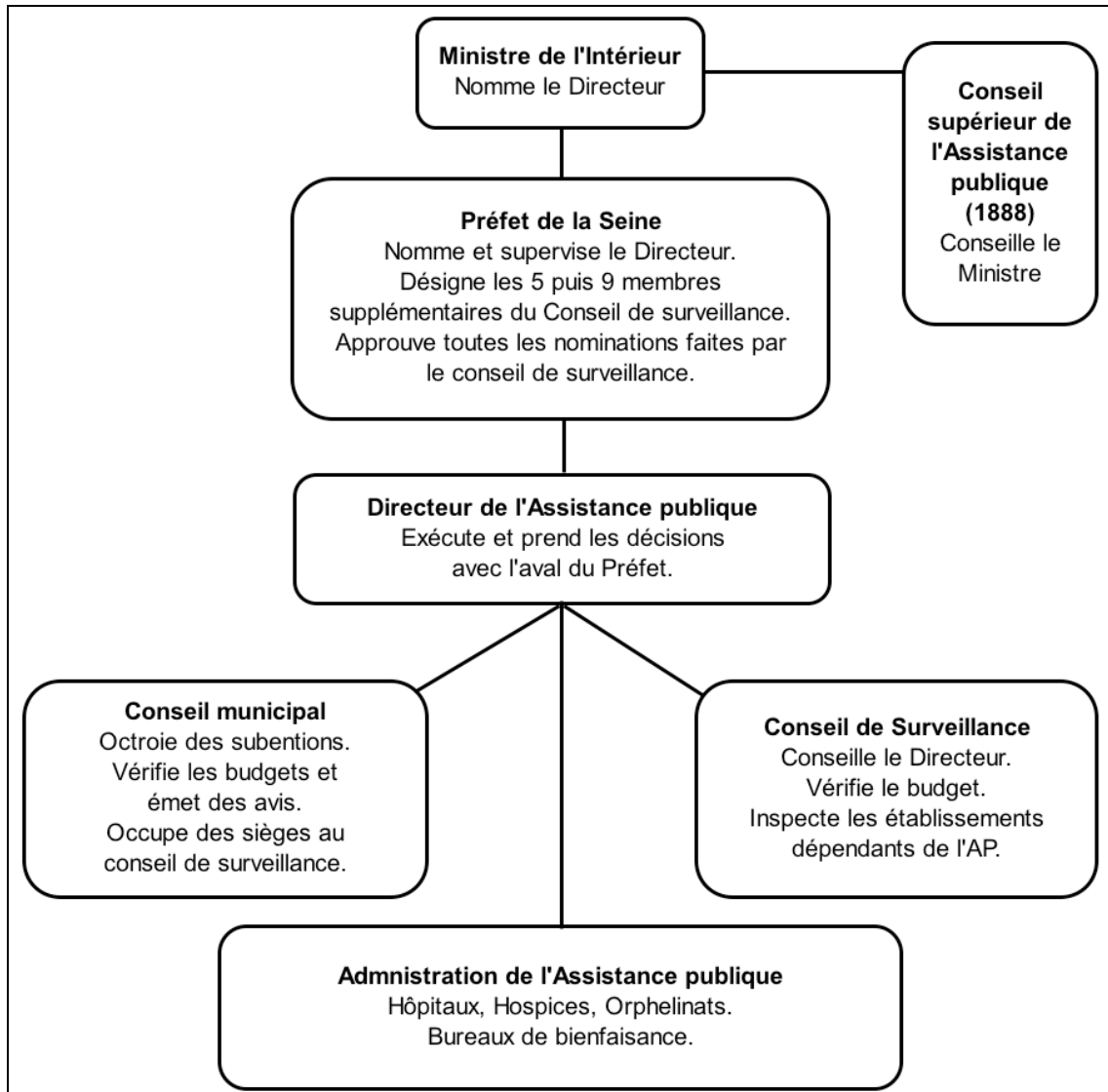
précédentes. Les nominations au Conseil de surveillance sont faites par le Président de la République sur proposition du Ministre de l'Intérieur. La loi note que le Ministre choisit sur une liste de trois noms formée par chacun des corps constitués⁴, tandis les médecins, les chirurgiens et les conseils de Prud'hommes se réunissent de leur côté pour former des listes de trois noms. Pour les candidats à choisir parmi les maires, les administrateurs des Bureaux de bienfaisance et les membres extérieurs, le Préfet de la Seine élabore lui-même les listes à présenter au ministre. Les membres du Conseil sont renouvelés par tiers tous les deux ans et sont indéfiniment rééligibles. Le diagramme suivant (figure 1) synthétise les différents niveaux de décision et rappelle les attributions de chaque instance de tutelle d'après la loi de 1849.

« Avant 1896, le Conseil de surveillance était formé de 18 membres incluant deux conseillers municipaux, deux membres du corps médical hospitalier, un représentant de la faculté de médecine, et cinq membres désignés par le Préfet de la Seine. Après 1896, le nombre de conseillers est porté à 33 membres incluant dix conseillers municipaux, trois membres du corps médical hospitalier, un médecin des bureaux de bienfaisance, un représentant de la faculté de médecine, et neuf membres désignés par le Préfet de la Seine. »⁵

⁴ Conseil municipal, Conseil d'État, Cour de cassation, Faculté de médecine, Chambre de commerce.

⁵ GROOPMAN C., *The Internat des Hôpitaux de Paris ; the shaping and transformation of the french medical elite, 1802-1914*, Cambridge, Massachusetts, PhD, Harvard University, 1986, p. 95. L'organigramme suivant est adapté d'un schéma de Charles Groopman. La citation fait référence à la réforme de 1896. Voir pages 110 & 114 pour l'explication de celle-ci.

Figure 1.
L'organisation de l'Assistance publique à Paris



GROOPMAN C., *The Internat des Hôpitaux de Paris ; the shaping and transformation of the french medical elite, 1802-1914*, Cambridge, Massachusetts, PhD, Harvard University, 1986.

Le premier Conseil de surveillance est installé à l'Hôtel de Ville le 28 juin 1849 et se compose⁶ alors de MM. Manceau et Ramond de La Croisette, conseillers municipaux, Monin et Riant maire des 6^e et 12^e arrondissements

⁶ *Décret de nomination des membres du Conseil de surveillance du 21 juin 1849, AAP, Foss 559.*

anciens, Lallemand et Beau, administrateurs des Bureaux de bienfaisance des 2^e et 10^e arrondissements anciens, de Jouvencel, conseiller d'État, Dupin aîné, procureur général à la Cour de cassation, des docteurs Horteloup, médecin à l'hôpital Necker, et Monod, chirurgien à la Maison Nationale de Santé, Bérard, doyen de la Faculté de médecine, Hachette, membre de la Chambre de commerce, Fouché-Lepelletier, membre d'un des conseils de Prud'hommes ; enfin comme membres n'appartenant à aucune catégorie, de MM. de Breteuil, ancien membre du Conseil général des Hospices, d'Albert de Luynes, membre de l'Assemblée législative, Duvergier, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats à la cour d'appel, Ferdinand Barrot, ancien membre de l'Assemblée nationale et Hector Lepelletier d'Aulnay, également ancien membre du Conseil général des Hospices. Il est notable qu'on ait sollicité des membres de l'ancienne administration. La transition n'en fut que plus douce. Cela souligne encore à quel point la loi du 10 janvier 1849 est une transformation dans la continuité.

Le Conseil municipal est l'autre instance exerçant un contrôle sur les activités de l'Assistance publique. Il intervient de trois manières différentes dans son fonctionnement. Premièrement il désigne à la nomination du Ministre de l'Intérieur deux de ses membres qui siègent au Conseil de surveillance. Il émet en second lieu des avis sur tous les actes importants de l'AP notamment par l'intermédiaire d'une Commission permanente, la 4^e (Instruction publique – Assistance publique – Mont-de-Piété). Enfin, il vote en faveur de cette administration des subventions annuelles ordinaires et extraordinaires, absolument indispensables au maintien de ses services.

2. La mainmise d'Hausmann

En réalité, c'est surtout sous le Second Empire, que le Préfet de la Seine exerce le plus directement son autorité. Qu'il s'agisse de l'extension des terrains de Lariboisière, de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu ou de l'érection des

hospices pour convalescents de Vincennes et du Vésinet, on a déjà évoqué le rôle autoritaire du Préfet Haussmann, qui intervient et tranche directement sur ces questions.⁷ Il siège ponctuellement aux séances du Conseil de surveillance et surtout, il choisit la plupart de ses membres, puisque les corps constitués lui présentent les listes de trois noms sur lesquelles il décide en dernier ressort. De plus, c'est à lui que le Directeur de l'AP doit son poste et Haussmann dans ses *Mémoires* ne fait pas mystère des excellents rapports qu'il a entretenus avec Husson.

« Je ne pouvais trouver chez le nouveau directeur, un bon vouloir plus entier, une dévouement plus sûr que chez l'ancien ; mais, M. Husson était encore dans la force de l'âge ; très laborieux, très actif ; doué d'un esprit investigateur sans cesse en éveil (peut-être bien, trop minutieux) ; dans tous les cas, plus apte à surveiller, jusque dans les moindres détails, l'exécution d'une mesure décidée, qu'à la concevoir d'ensemble, tout d'abord : en somme, un instrument précieux dans des mains sachant l'utiliser tel quel ; le diriger vers de grandes choses ; le contenir, à l'endroit des petites. »⁸

3. Le Conseil de surveillance : un organe consultatif et compétent

La loi de 1849 a gardé auprès du Directeur de l'Assistance publique un Conseil de surveillance mais qui n'émet plus que des avis. Il semble bien que ce Conseil, qui se réunissait scrupuleusement tous les quinze jours ait eu cependant un rôle majeur, aidant efficacement le directeur dans la conduite d'une administration qui n'incluait plus seulement les hôpitaux. Les secours à domicile et l'administration des bureaux de bienfaisance étaient également de son ressort. La composition de ce conseil au moment de sa refondation en 1849,

⁷ Voir le chapitre I à propos de l'agrandissement des terrains de Lariboisière et du déplacement de l'Hôtel-Dieu.

⁸ Baron G-E HAUSSMANN, *Mémoires*, édition présentée par F. Choay, Paris, Éditions du Seuil, 2000, pp. 678-700.

et l'étude des débats sur ses attributions démontrent l'importance d'un rouage essentiel au sein de l'Administration.

En 1848, au moment des débats sur la création de l'Assistance publique s'est posée de manière très nette la question – non pas du maintien ou non d'un Conseil à côté d'un Directeur, chose qui paraissait entendue – de savoir quel serait exactement le rôle et de la fonction de ce Conseil. De 1801 à 1849, l'administration des hospices avait en effet fonctionné sous la forme d'une organisation bicéphale jouant à la fois le rôle d'organe délibérant (le Conseil Général des Hospices formé de quinze membres) et de conseil exécutif (la commission administrative composée de six membres). Or au moment des préparatifs de la loi de 1849, les critiques vis-à-vis de cette organisation se font jour : il apparaît nettement qu'aux yeux de certains, l'ancien CGH était fort peu efficace et que la dilution des pouvoirs nuisait au fonctionnement de l'administration.

« Le vice principal de cette organisation provenait du défaut d'unité dans l'action, et de l'irresponsabilité de deux autorités qui fonctionnaient simultanément, c'est-à-dire du conseil général et de la commission administrative.

Le conseil général avait un pouvoir tout à la fois délibérant et administratif, puisqu'il réglait par des délibérations ou arrêtés, la moindre affaire de l'administration et qu'en outre, chacun de ses membres avait le droit et était dans le devoir de visiter quelques-uns des établissements hospitaliers et d'y diriger tous les détails du service. Ces conseillers n'étaient pas plus responsables de leurs décisions particulièrement, que de leur participation aux arrêts pris par le Conseil.

Les membres de la commission administrative, indépendants les uns des autres, agissaient chacun à son gré, dans les divers services qui leur étaient confiés. Ainsi arrivait-il (même avec les meilleures intentions de la part des membres de la commission) que les mesures prescrites par l'autorité supérieure étaient exécutées

diversement dans deux établissements semblables, par cela seul qu'ils dépendaient de deux chefs de divisions ayant des vues différentes. »⁹

S'expliquaient ainsi les différences de traitement dans les hôpitaux concernant par exemple la nourriture¹⁰ ou l'entretien des bâtiments. Le manque d'unité dans la direction est un reproche constant de l'ancienne administration, la création du poste de directeur, responsable de la prise de décision et de l'application de mesures suggérées par son Conseil en fut la réponse.

Le Conseil de surveillance joue donc un rôle éclairant dans des prises de décisions techniques, à propos d'un patrimoine hospitalier et d'assistance, sans équivalent sur le reste du territoire. Les avis du Conseil de surveillance fournissent une grande quantité de renseignements quant à la teneur de ces réunions bimensuelles : malheureusement n'ont pas été systématiquement conservés les rapports des commissions chargés d'étudier telle ou telle question. La présence du préfet de Seine n'est qu'exceptionnelle, quand une question sur laquelle il souhaite intervenir est à l'ordre du jour : c'est le cas en 1855, au moment où est abordée la question de l'agrandissement des terrains de Lariboisière. Celle du Directeur de l'AP est beaucoup plus régulière, alors même qu'elle n'est en rien obligatoire, preuve du bon fonctionnement d'une institution scrupuleuse. Le sérieux, la technicité des questions abordées (évaluation devis, organisation des services, choix touchant à des questions médicales ou d'hygiène...) caractérise généralement ces réunions. L'appartenance sociale ou professionnelle à la notabilité parisienne ne fait aucun doute pour les auteurs de l'arrêté du 24 avril 1849, qui régleme la composition du Conseil de surveillance. C'est la raison pour laquelle, les auteurs de la loi de 1849 ont insisté pour qu'y soit représenté un membre d'un conseil des Prud'hommes.

⁹ *Rapport à M. le Préfet sur l'organisation de l'Administration des hôpitaux et des hospices de Paris*, le 11 août 1848, AAP, Foss 589.

¹⁰ « Il arrivait alors que dans tel hôpital on faisait 4 litres de bouillon avec 1 kilogramme de viande et dans tel autre avec la même quantité que deux litres », *Ibid.*

« Il a paru convenable de faire entrer dans la composition du conseil un membre qui, par les rapports habituels avec la partie de la population que l'Assistance publique a particulièrement vue, se trouvât plus encore que les autres membres du conseil, à même de donner des renseignements sur les besoins de cette population et sur les moyens d'y pourvoir de manière efficace.

Tel a été le motif de l'adjonction d'un membre d'un des conseils des Prud'hommes, conseils qui, composés à la fois de maîtres et d'ouvriers, réunissent toutes les conditions désirables à cet effet. »¹¹

La présence du peuple est donc ainsi validée dans le Conseil de surveillance : témoin des misères des plus pauvres, il en est le porte-parole autant que la caution et il incarne les espoirs et l'optimisme des réformateurs de 1848. Sa place est pourtant tenue au sein du Conseil, d'autant qu'il est finalement choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois candidats formés au sein des Prud'hommes. Conseil de notables, d'hommes d'État, de juristes, de représentants du corps médical, les membres du Conseil de surveillance n'en sont pas moins des administrateurs fiables, compétents et informés des questions qu'ils sont à même de traiter. Il s'acquittent bénévolement de leur tâche.

La grande stabilité¹² des membres du Conseil de surveillance, qui sont réélus très régulièrement à leur poste leur assure en effet une bonne connaissance des questions hospitalières et des services de secours aux plus démunis. Surtout ils se partagent la visite des hôpitaux¹³ et doivent en faire fréquemment un bref compte-rendu devant le Conseil de surveillance afin de

¹¹ *Conseil de surveillance. Envoi d'une ampliation de l'arrêté portant règlement de l'administration publique sur la composition du Conseil de surveillance, 2 mai 1849, AAP, Foss 589.*

¹² C'est du moins ce que montrent les dossiers de nomination du CS. AAP, Foss 559, les liasses 2 et 3 couvrent la période 1871-1896.

¹³ *Conseil de surveillance. Historique.* Cette chemise contient un tableau récapitulatif de la répartition en 1856 entre les membres du Conseil des établissements hospitaliers répartis en 9 inspections ; 1L1, séance du 24 janvier 1850 « considérant que la visite dont il s'agit est un des éléments les plus certains de cette surveillance... », AAP, Foss 589⁴

mettre au jour les problèmes les plus récurrents et maintenir une relative unité de direction dans la gestion hospitalière.

Les avantages du Conseil de surveillance sur l'ancien CGH apparaissent assez rapidement : puisqu'ils ne sont pas responsables des décisions prises uniquement par le Directeur, ils sont plus libres dans l'expression de leurs avis. Très soucieux de la gestion des deniers de l'administration, ils demeurent scrupuleux dans la tenue des comptes. Ils n'hésitent pas montrer leur désaccord au Directeur, lorsque ses propositions ou ses décisions ne les satisfont pas, mais restent respectueux de l'autorité qu'il incarne. Cela est particulièrement vrai sous le Second Empire. Ainsi Gustave Peiser, dans une étude juridique demeurée inédite sur les débuts et le fonctionnement de l'Administration de l'Assistance publique, indique-t-il que le Conseil s'oppose au Directeur sur des propositions budgétaires qui visent à augmenter le salaire des employés au cours de l'année 1849. De même, il renâcle devant l'injonction du Directeur à autoriser l'autopsie des corps en 1850. Mais il s'incline en déclarant « qu'il résulte de la déclaration de la Commission qu'elle n'avait entendu, ni déverser aucun blâme sur les actes du Directeur, ni contester le droit qu'il avait de les faire sous sa responsabilité et la responsabilité du Préfet, mais seulement rappeler à l'exécution plus complète. »¹⁴ Ainsi le Conseil de surveillance assoit-il sa légitimité au sein de l'Assistance publique : ses avis sont écoutés et il prend des positions parfois en désaccord avec son Directeur. Sa « mission morale très importante »¹⁵ est donc unanimement reconnue.

¹⁴ *Séance du 27 juin 1850, AAP, 1L1, cité in G. PEISER, L'administration de l'Assistance publique en 1848 et au début de 1849, mémoire pour le DES d'histoire du droit romain, session de mars 1955, Université de Nancy, faculté de droit, dactylographié, p. 88.*

¹⁵ BERTOGNE M., *L'administration générale de l'Assistance publique à Paris. Ses services économiques, ses personnels hospitaliers et ouvriers*, Paris, Domat-Montchrestien, 1934, p. 30.

B. Les Républicains dans l'AP

À partir de la III^e République, il semble bien que le Conseil municipal, par l'intermédiaire de la 4^{ème} Commission¹⁶ (Instruction publique – Assistance publique – Mont-de-Piété) fasse plus directement entendre sa voix. Les années 1880-1890 sont en effet marquées par une tentative énoncée comme telle de « municipalisation de l'Assistance publique ». On peut s'interroger sur les motivations de cette volonté de prise de contrôle : derrière d'incontestables considérations financières se profilent des raisons politiques et idéologiques évidentes. Une des premières conséquences en est le durcissement des relations entre le Conseil municipal et le Conseil de surveillance qui souhaite conserver sa latitude auprès du directeur au nom d'un esprit de corps bien entendu. L'autre aspect de la républicanisation de l'Assistance publique sous la III^e République est à chercher dans le profil et l'exercice de la fonction des directeurs qui s'émancipent de plus en plus de la tutelle préfectorale et qui apparaissent bien comme les défenseurs d'un service sanitaire au service de tous les citoyens.

1. Les tentatives de municipalisation de l'Assistance publique

Sous la III^e République les conseillers municipaux sont désormais élus et ils souhaitent davantage qu'auparavant s'impliquer dans la gestion d'un service sanitaire qui bénéficie à Paris d'une structure considérable mais chroniquement

¹⁶ Elle devient la 5^e Commission dans les années 1880 et ne concerne plus que l'Assistance publique et le Mont-de-Piété.

insuffisante devant l'augmentation incessante des besoins. Le premier signe de cette implication accrue est de nature financière. En effet, le Conseil municipal par le biais de subventions municipales ordinaires et extraordinaires massives et participe au fonctionnement de l'Assistance publique de manière significative, comme le montre le tableau 1.

Tableau 1.
État des subventions ordinaires et extra-
ordinaires allouées par la Ville à
l'Assistance publique de 1870 à 1880

Années	Subventions ordinaires	Subventions extraordinaires	Total général
1871	14 848 475	1 000 000	15 848 475
1872	12 342 450	4 200 000	16 542 450
1873	10 840 000	1 500 000	12 340 000
1874	11 220 000	4 000 000	15 220 000
1875	11 284 592,50	2 700 000	13 984 592,50
1876	10 934 219	8 164 577	19 098 796
1877	10 705 000	-	10 705 000
1878	11 378 000	-	11 378 000
1879	12 076 000	400 000	12 476 000
1880	12 945 365	-	12 945 365
	118 574 101,50	21 964 577	140 538 678,50

Conseil municipal de Paris, *Rapport présenté par M. Sigismond Lacroix, au nom de la 4^e Commission sur une proposition de MM. Bourneville, Sigismond Lacroix, et Dubois, tendant à la production des projets nécessaires pour parer aux besoins les plus urgents de l'Assistance publique (Annexe au PV de la séance du 16 mars 1880), annexe n° 1, p. 17, AAP, C-2108*

Sachant que les dépenses réelles de l'Assistance publique passent de 22 554 764 en 1871 à 33 331 103 francs entre 1871 et 1879, ces subventions municipales représentent bien de 70% (pour une année exceptionnelle 1871, il est vrai) à 37% (pour 1879) du budget de l'Assistance publique. On peut expliquer le montant particulièrement élevé de la subvention extraordinaire de 1876 par l'achèvement du nouvel l'Hôtel-Dieu dont les derniers remaniements ont coûté fort cher. Hormis les subventions municipales, le budget de l'Assistance publique est alimenté en outre par ses ressources propres, comme

les revenus provenant de biens mobiliers et immobiliers issus des dons et legs ; ainsi que par des droits attribués (bénéfices provenant de l'exploitation du Mont-de-Piété, droit sur les concessions dans les cimetières, et droit des spectacles appelé droit des pauvres¹⁷). En 1886 dans une présentation générale de l'Assistance publique, Paul Feillet lui-même ancien chef de cabinet du Préfet de la Seine estime la subvention de la Ville à la moitié en moyenne des ressources¹⁸ de l'AP. Il est donc compréhensible que la municipalité veuille exercer un droit de regard sur la gestion d'une administration qui lui est de plus en plus redevable.

Au vrai, cette participation financière de plus en plus importante de la Ville n'est que la partie émergée de l'iceberg. Certes elle finance, mais elle veut aussi faire de l'AP l'exemple d'une administration sécularisée éclairée par les lumières de la science et du progrès et contrôlée par des personnes légitimées par le suffrage universel. Les enjeux politiques font partie des motivations de cette tentative de municipalisation d'une administration considérée comme réactionnaire et inefficace. Un témoignage éclatant de cette volonté de contrôle du Conseil municipal dans les affaires de l'Assistance publique et dans son volet hospitalier nous est livré au moment de la laïcisation des personnels hospitaliers engagée¹⁹ à Paris dès la fin des années 1870, avec la création par Désiré-Magloire Bourneville²⁰ d'écoles d'infirmières à la Salpêtrière, ainsi qu'à

¹⁷ Le Droit des pauvres aussi appelé Droit des spectacles, ou Droit des indigents est un impôt dont la charge revient en 1849 à l'AP. Perçue sur le prix des billets et des spectacles (théâtres, cinéma) des bals, des concerts, des fêtes publiques en tout genre, la recette est investie au profit des pauvres. Voir RIQUIER S., *Le spectacle à l'impôt, inventaire des archives du Droit des pauvres*, Paris, AP-HP, 1997.

¹⁸ « Depuis 1849, la subvention municipale a été progressivement portée jusqu'à plus de 17 millions c'est-à-dire près de la moitié des ressources totales de l'Assistance publique. », in FEILLET P., *De l'Assistance publique à Paris*, extrait de la *Revue générale d'Administration*, Paris, Berger-Levrault, 1888, p. 20.

¹⁹ LEROUX-HUGON V., *Des saintes laïques, Les infirmières à l'aube de la Troisième République*, Paris, Sciences en situation, 1992, chapitre II « La bataille de la laïcisation », pp. 29-44.

POISSON M., *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*, Vincennes, Éditions hospitalières, 1998.

²⁰ D.-M. Bourneville (1840-1909) est un jeune médecin aliéniste, assistant de J-M Charcot à la Salpêtrière dès 1871. Il devient lui-même chef de service des aliénés de Bicêtre en 1880 et est un des précurseur de la neuropsychiatrie infantile : par des méthodes pédagogiques spécialement adaptées aux enfants idiots, qu'il sépare des adultes, il permet de faire

Bicêtre en 1878. Elles sont suivies, en 1881, de nouvelles ouvertures à la Pitié en 1881, puis à Lariboisière en 1895. Bourneville est en effet un républicain convaincu, élu conseiller municipal du quartier Saint-Victor dès 1876, qui se distingue rapidement par ses prises de positions très anti-cléricales. Libre-penseur, il est également le défenseur acharné de la mise au ban des ordres de religieuses très présentes dans les hôpitaux depuis leur origine. Il est vrai que leur rôle en tant qu'auxiliaires de soins était en butte à des critiques de plus en plus vives dans cette fin de XIX^e siècle²¹. On leur reproche essentiellement leur incompétence professionnelle et leur prosélytisme à l'égard des malades²². D'une manière générale, leur indépendance vis-à-vis de l'administration comme du corps médical leur est clairement reprochée. Un peu plus tard dans le débat sur la laïcisation, on met en avant leur oppression sur les servantes laïques, dont elles stopperaient l'avancement. Bref, elles sont désignées comme le véhicule de l'obscurantisme religieux dans le domaine médical, qui doit justement aux yeux des médecins les plus progressistes, se débarrasser de ces éléments réactionnaires. « L'avènement de l'ère aseptique a été l'occasion d'un duel formidable entre médecins et religieuses. »²³ Dans cette perspective, la création d'écoles d'infirmières par D-M Bourneville s'inscrit dans la longue

progresser les soins et les représentations de la pédopsychiatrie. Par ailleurs, il est également un clinicien reconnu qui a laissé des nosographies fameuses comme celle de la sclérose tubéreuse ou maladie de Bourneville, l'idiotie mongolienne, l'hydrocéphalie... Il est aussi le fondateur en 1873 du *Progrès Médical*, journal médical engagé dans la voie de la contestation de l'ordre établi, représenté alors par l'Institut. Il s'agit d'un « journal d'actualité sociale et de réforme. Bourneville traite ou fait traiter une foule de questions touchant l'hygiène dans les hôpitaux et dans les casernes ; (...) il est encore deux idées maîtresses qui sont comme des leitmotiv de Bourneville : la rééducation des idiots et la laïcisation des hôpitaux » d'après LOEPER M., *Le Progrès Médical*, 9 décembre 1922, n° spécial célébrant la cinquantième année du journal, cité par POISSON M., *Origines républicaines du modèle infirmier (...)*, op. cit., p. 31.

²¹ Il faut signaler le renouveau des études sur cette question qui tend à réévaluer le rôle médical et administratif des personnels hospitaliers religieux. Voir en particulier les actes d'un colloque tenu à Paris en novembre 2005 : LALOUETTE J. (dir.), *L'Hôpital entre religions et laïcité du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Letouzey & Ané, 2006, notamment les contributions de FAURE, O. « Les religieuses dans les petits hôpitaux en France au XIX^e siècle » pp. 59-72 ainsi que GUILLAUME, P., « La laïcisation rampante des hôpitaux de Bordeaux », pp. 87-102.

²² LEROUX-HUGON V., *Des saintes laïques (...)*, op. cit., p. 32.

²³ BLATIN M., *Le soignage médical et les infirmières*, Paris Baillière, 1905, cité par LEROUX-HUGON V., *Des saintes laïques (...)*, op. cit., p. 33.

lutte des républicains contre le pouvoir de l'Église, et constitue le prélude de la laïcisation des hôpitaux parisiens qui s'effectue entre 1878 et 1893 et qui est l'un des enjeux des élections municipales de 1890 et 1893. Cette laïcisation prend trois formes : tout d'abord les salles et les pavillons sous le patronage d'un saint sont débaptisés. Puis, les ministres des divers cultes ne sont plus à demeure dans l'hôpital et ne sont appelés qu'en cas de besoin. Enfin, les religieuses sont remplacées par un personnel civil et elles doivent quitter les logements occupés par les communautés dans les hôpitaux. Cette laïcisation a lieu pour l'ensemble des hôpitaux parisiens avant 1900, avec pour exception notable les hôpitaux Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu, pour lesquels elle n'intervient qu'en janvier 1908. En vertu d'un décret²⁴ du 26 décembre 1810, les sœurs de cette congrégation, les Augustines, avaient leur chef-lieu à l'Hôtel-Dieu. C'est l'existence de ce décret qui les motive à présenter un recours pour « excès de pouvoir » devant le Conseil d'État, de la décision de laïcisation prévue originellement par un arrêté du 25 août 1888 du Préfet de la Seine. L'appel devenant suspensif au motif du préjudice que la laïcisation pourrait causer au bon fonctionnement hospitalier, elles obtiennent un sursis, et un *statu quo* puisque le Conseil d'État leur donne raison en 1893²⁵. Les lois du 1^{er} juillet 1901 sur les associations et celle du 9 décembre 1905 sur la Séparation de l'Église et de l'État relancent la question. La tactique choisie par gouvernement est d'abroger le décret de 1810 uniquement pour l'article 2 — Clemenceau ayant bien compris qu'il n'était pas dans son intérêt de dissoudre complètement la congrégation des Augustines²⁶ — et

²⁴ Article 2 « Les mères et les sœurs de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Saint-Louis et autres établissements forment une seule communauté, dont le chef-lieu continue d'être comme par le passé à l'Hôtel-Dieu ; elle n'ont point de supérieure générale. La supérieure de l'Hôtel-Dieu l'est aussi des autres maisons desservies par les dites hospitalières. », *Décret du 26 décembre 1810, Approbation des statuts des hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Paris*, AAP, 9L99, Hôtel-Dieu, « Personnel religieux ».

²⁵ *Conseil municipal de Paris, Rapport au nom de la 5^e commission sur la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis, présenté par M. Navarre, 24 mai 1905*, AAP, Hôtel-Dieu, 9L99 « personnel religieux ».

²⁶ Les deux problèmes posés par la dissolution seraient d'une part la disparition de l'Hôpital du Bon Secours, rue des Plantes, possédé par la congrégation qui mettrait 200 vieillards à la rue, ainsi que celle de l'établissement pour convalescents d'Épinay ; d'autre part, la dissolution des Augustines reviendrait à autoriser la création d'un nouvel établissement congréganiste pour la gestion de Boucicaut et Debrousse (tenus pas les dispositions testamentaires de leurs donateurs d'avoir un personnel religieux), sous la houlette des Filles

d'approuver les nouveaux statuts de la congrégation qui fixeraient le siège social des Augustines soit à Boucicaut, soit à Debrousse, deux fondations privées déjà desservies par ces religieuses. La révision du décret de 1810 intervient en 1906 et si le départ n'a lieu qu'en 1908, c'est que le gouvernement ne souhaite pas échauffer les esprits et leur laisse le temps de déménager en toute quiétude.

Pendant que se déroule cette bataille sur le terrain, le Conseil municipal en amont tente de subordonner l'octroi de ses subventions au budget de l'Assistance publique, par la voix du conseiller municipal radical Sigismond Lacroix²⁷, à la laïcisation des hôpitaux parisiens. Celui-ci, dans la séance du 16 mars 1880, rappelle les devoirs du Conseil municipal en matière d'assistance :

« Il est temps, Messieurs, que par une intervention puissante et effective, nous prenions possession de l'Assistance, en la considérant non plus comme une aumône octroyée par la pitié et la charité, mais comme une dette payée par la Société. L'hospitalisation doit devenir l'hospitalité. Le secours doit prendre le caractère d'une indemnité, d'une compensation à l'inégale répartition des biens de ce monde, d'une compensation aux charges qui pèsent sur le contribuable. »²⁸

On comprend ainsi la conception de l'Assistance et la nécessité d'en « prendre possession » qu'avaient les Républicains. La bataille hospitalière

de la Charité. « Je ne vois qu'inconvénient à cette substitution qui nous serait imposée des sœurs de la Charité aux Augustines » écrit Clemenceau dans une *Lettre du 21 juillet 1906 adressée au Préfet de la Seine*, AAP, 9L99, Hôtel-Dieu, « Personnel religieux ». Il convient de rappeler que les Filles de la Charité avaient très mauvaise presse aux yeux des Républicains et que Bourneville lui-même les désignait comme « l'ordre le plus puissant, le plus hostile aux idées modernes et le plus récalcitrant aux ordres de l'administration » pour reprendre les termes d'un discours à la Salpêtrière le 8 août 1883 cité par LALOUETTE J., « L'Assistance publique de Paris et la charité catholique. Chronique d'une séparation (1878-1908) », *Catalogue de l'exposition « Des maux et des soins », Les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle (1780-1830)*, Paris, AAVP, 2007, (à paraître).

²⁷ Il est membre avec Bourneville et Dubois de la 4^e Commission (Instruction publique – Assistance publique – Mont-de-Piété) qui devient en 1894 la 5^e Commission (Assistance publique – Mont-de-Piété) au sein du Conseil municipal.

²⁸ Il cite en fait un rapport précédent de son collègue Deligny, *Imprimé de la commission du Budget*, 1879, n° 10, p 9-10 ; in AAP, *Conseil municipal, Rapports généraux sur l'Assistance publique*, C-2108, n° 26, p. 4.

devait accompagner la bataille scolaire²⁹. La modernisation de l'hôpital impliquait sa sécularisation et sa constitution en un service offert à tous, un droit de la société dans son ensemble et non plus un devoir charitable des plus riches envers les plus pauvres, manière de s'exonérer de ses péchés. Moins de deux ans plus tard, Lacroix fait la preuve de son attitude toujours plus combative à l'égard des congrégations hospitalières et entraîne tout le Conseil municipal avec lui : « Dans la séance du 30 décembre 1882 sur la proposition de Sigismond Lacroix, le Conseil municipal déclara subordonner l'octroi de la subvention municipale à l'exécution de différentes mesures parmi lesquelles se trouvait en première ligne la laïcisation des hôpitaux. »³⁰

En fait, trois décrets³¹ viennent mettre un terme aux velléités de pression du Conseil municipal sur l'Assistance publique, mais celles-ci témoignent de l'investissement progressif de la part des élus municipaux dans le fonctionnement d'une administration qu'ils estiment communale. Logiquement au regard de leur implication financière dans l'administration de l'AP, et peut-être comme une contrepartie, le Conseil municipal de Paris obtient pourtant de voir son emprise s'accroître au sein de l'Assistance publique en 1896 : à cette date en effet, une modification du règlement du 24 avril 1849 intervient et le nombre des membres du Conseil de Surveillance est augmenté de 18 à 33 sans compter les deux préfets dont la présence n'est que ponctuelle. Grâce à cette réforme, le nombre de conseillers municipaux présents au sein du Conseil de surveillance de l'Assistance publique passe de deux à dix.³²

²⁹ « Les contemporains mesuraient la parenté entre les deux démarches : pour le docteur Bourneville, grand artisan de la laïcisation des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, la laïcisation hospitalière était "le complément, mais le complément indispensable de la laïcisation scolaire" ; quant à l'auteur catholique Fénelon Gibon, il souligna "la logique impitoyable du mal", qui poussait les athées à vouloir, après l'enfance, affranchir "la maladie, la vieillesse, la mort même de toute influence religieuse." » in LALOUETTE J., « L'Assistance publique et la charité catholique de Paris. Chronique d'une séparation (1878-1908) », *Catalogue de l'exposition « Des maux et des soins »*, *Les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle (1780-1830)*, Paris, AAVP, 2007, (à paraître).

³⁰ FEILLET P., *De l'Assistance publique (...), op. cit.*

³¹ Ce sont les décrets des 7 mars 1883, 14 janvier 1884 et 21 janvier 1885, qui viennent rappeler au Conseil municipal l'impossibilité de poser des conditions dans l'octroi de subventions municipales.

³² Décret du 28 mars 1896 modifiant la composition du Conseil de surveillance.

Ainsi des deux organes de tutelles que sont le Préfet de la Seine et le Conseil municipal voit-on peu à peu le second prendre le pas sur le premier dans la période qui nous occupe. Cette prise de position est à mettre en relation avec la teinte républicaine et radicale du Conseil municipal³³ de plus en plus nette jusqu'en 1900 au moment où celui-ci passe à droite, de manière durable. En effet, si la période 1871-1881 voit les républicains consolider progressivement leur hégémonie, la période suivante de 1881 à 1900 se caractérise par la prépondérance des radicaux et la poussée des socialistes, au détriment des républicains les plus modérés. Ensuite, le tournant conservateur est en marche : les élections municipales de 1900 marquent la victoire des nationalistes et des républicains modérés. Mais la laïcisation des hôpitaux est pratiquement achevée et le Conseil municipal n'a, pas plus qu'il ne le souhaite, les moyens de faire machine arrière. En effet, cet encadrement de tutelle, qu'il soit préfectoral ou qu'il émane du Conseil municipal ne saurait faire oublier le rôle consultatif, mais éminent d'un Conseil de surveillance qui n'entend pas se laisser faire.

Le Conseil de surveillance ne reste en effet pas inerte face à ces tentatives qui visent à mettre à mal son autorité. La légitimité démocratique dont se sentent investis les conseillers municipaux ne lui paraît pas être un argument suffisant pour mettre en doute sa compétence. Aussi ses membres réagissent-ils très vite contre ce qui leur semble être une imposture et une interprétation erronée de la loi. En 1881, dans une lettre adressée au Préfet de la Seine, Nast membre du Conseil de surveillance dresse une liste des abus d'autorité dont fait preuve le Conseil municipal à propos du service intérieur de l'Assistance publique et sans avoir pris la peine d'en référer au Conseil de surveillance. D'un strict point de vue juridique pour Nast, la démarche du Conseil municipal est illégale :

³³ Pour toutes ces questions voir l'ouvrage de Nobuhito NAGAÏ, *Les conseillers municipaux de Paris sous la IIIe République (1871-1914)*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2002.

« Ainsi toute question de conservation du patrimoine des pauvres, toute question de service intérieur qui ne serait pas soumise au Conseil de surveillance, constitue une violation de la loi de 1849.

Toute question de service intérieur qui serait soumise à l'avis du Conseil municipal constitue une nouvelle violation de la loi de 1849.

(...) Or ce rapport de la Commission budgétaire du 11 décembre 1880, présenté au Conseil municipal et du vote émis à la suite par ce Conseil, les 28 et 29 décembre, il résulte que :

(...) une série complète de modifications au service intérieur des hôpitaux, hospices et maisons de secours a été discutée, délibérée et même votée par le Conseil municipal sans avis préalable du Conseil de surveillance.

Toutes ces graves atteintes à l'existence de la personnes civile de l'Assistance publique, toutes ces modifications votées par le Conseil municipal concernaient cependant des services intérieurs. À ce seul titre, elles devaient échapper à la compétence de la municipalité, être réservées au contraire, à la seule compétence du Conseil de surveillance. »³⁴

On remarque que Nast se plaint du mépris du Conseil municipal en précisant que cette attitude est parfois validée par la Direction, et que ce genre de procédé n'est pas neuf. Du reste, la municipalité parisienne augmente son emprise sur l'Assistance publique à partir de 1896 comme l'indique l'augmentation du nombre des conseillers municipaux dans le Conseil de surveillance. Néanmoins, cette tentative de « municipalisation » ne le laisse pas de marbre et il tient à en informer le Préfet. Le Conseil de surveillance manifeste donc le désir de jouer pleinement son rôle d'organe délibérant dans la prise de décision. On ne connaît malheureusement pas la suite donnée par le

³⁴ *Observations sur les attributions du Conseil de surveillance dans les affaires intérieurs des hôpitaux, hospices et maisons de secours*, lettre adressée à M. le Préfet, le 13 janvier 1881, AAP, Foss 589.

Préfet à cette plainte, mais le Conseil de surveillance poursuit le combat. En témoigne une note, émanant vraisemblablement de la direction générale de l'Assistance publique, non signée et dont la date de rédaction se situe vraisemblablement dans les années 1904-1907, intitulée « Méconnaissance complète du rôle du Conseil de surveillance ». Dans ce vigoureux plaidoyer du rôle du Conseil de surveillance, l'auteur insiste sur les compétences techniques liées le plus souvent à l'origine professionnelle de ses membres, leur permettant de trancher à propos de marchés, de devis ou de questions réclamant une aptitude dans des domaines précis.

« Ce serait donc une grave erreur de réduire l'autorité du Conseil de surveillance, puisque tout le monde veut bien reconnaître son caractère indispensable. Il faut qu'il ait des membres tenant leurs droits de commettants. Il faut qu'il groupe logiquement, et non pas au hasard des recommandations, des compétences. N'en faisons pas une simple commission de surveillance, ce serait rendre la tâche impossible.

Enfin par la nature souvent très délicate des affaires, leur caractère confidentiel, les délibérations de ce conseil se prêtent admirablement à une discussion approfondie. C'est pourquoi on y a fait entrer pour un tiers les conseillers municipaux. »³⁵

Surtout la note constate que la présence des conseillers municipaux aux séances du Conseil de surveillance est assez aléatoire : sur un petit tableau récapitulatif des présences et absences des membres du Conseil municipal aux séances du Conseil de surveillance on constate que sur les 22 séances de 1904-1905 on a 41,7% d'absences de la part des membres du Conseil municipal, 65,9% en 1905-1906 sur 22 séances et 60% en 1906-1907. En commentaire est ajouté :

« Dans les commissions le Conseil municipal est toujours représenté comme au Conseil de surveillance ; mais il faut dire que les conseillers s'abstiennent de venir. Ce sont surtout eux qui ont

³⁵ *Projet de municipalisation de l'Assistance publique, AAP, 791 Foss 1, 9.*

demandé la municipalisation et cependant quelle autorité n'en résulterait-il pas pour eux, dans leur quartier... »³⁶

Cela signifie-t-il que le Conseil municipal souhaite exercer le contrôle d'une administration mais sans véritablement se donner la peine de venir assister aux séances du Conseil de surveillance soit qu'il le considère comme négligeable, soit qu'il se désintéresse de la question après avoir obtenu gain de cause avec le nouveau règlement de 1896 ? On peut imaginer surtout que la situation des années 1890 n'est pas celle des années 1905. Le débat sur la laïcisation s'est apaisé et surtout la majorité municipale n'est plus aussi radicale qu'elle l'était. Aussi les questions d'assistance ne sont-elles plus aussi brûlantes qu'elles pouvaient l'être sous la précédente mandature. Finalement le Conseil de surveillance l'a peut-être emporté grâce à sa ténacité et à la plus grande longévité de ses membres incessamment réélus, au contraire des conseillers municipaux.

Le long épisode des comités spéciaux des établissements hospitaliers, qui débute en 1892, apporte un éclairage supplémentaire sur la nature conflictuelle et complexe des relations entre le Conseil de surveillance et le Conseil municipal de Paris. À cette date en effet le Conseil municipal décide, sur la proposition de M. Faillet et sans préavis, que des sous-commissions émanant du Conseil municipal seront chargées de visiter les établissements hospitaliers de la capitale au nom des citoyens parisiens dont ils sont l'émanation la plus directe³⁷. On sent poindre une fois encore, la volonté politique du Conseil municipal assis sur sa légitimité populaire, qui s'estime le mieux placé pour représenter les malades, contre un Conseil de surveillance de notables nommés. Pour le Conseil municipal en effet, d'une part les intérêts des malades ne seraient pas les mieux défendus par un Conseil de surveillance qui n'inspecte

³⁶ *Ibid.*

³⁷ « Nous les élus, les mandataires directs de la population de Paris, nous avons le devoir de contrôler en son nom les services d'une administration qui est au fond, ou plutôt devrait être au fond, la chose de la Ville de Paris. » Extrait du « Procès-verbal de la séance du Conseil municipal du 12 décembre 1892 », in *Note pour la commission chargée d'étudier la création des comités spéciaux à chaque établissement hospitalier*, p. 2-3, AAP, 791 Foss 1, 10, *Municipalisation de l'AP : documents divers*.

que trop rarement les établissements. D'autre part, les abus constatés dans nombre d'établissements renforceraient l'image d'une totale impunité de l'administration hospitalière³⁸. Ces sous-commissions répondent donc à un double objectif de contrôle, et de réforme : il s'agit de perfectionner une administration pléthorique qui coûte fort cher et dans laquelle la Ville est de plus en plus impliquée financièrement. Cette proposition est vigoureusement combattue par le Directeur de l'Assistance publique, Ernest Peyron, comme une violation des limites à l'intérieur desquelles doit se cantonner le Conseil municipal en matière d'assistance. En outre, le Conseil de surveillance dont c'est l'une des raisons d'être, voit son rôle singulièrement minoré par cette proposition municipale, malgré toutes les précautions oratoires prises par Paul Strauss, à la fois membre du Conseil municipal et du Conseil de surveillance. Là réside tout l'enjeu de la discussion : ce projet municipal « porte atteinte à la dignité du Conseil de surveillance »³⁹ et doit donc être disputé⁴⁰ avec la dernière énergie. On rappelle la loi du 10 janvier 1849 qui fait de l'Assistance publique une institution autonome⁴¹. Provocation supplémentaire, le Conseil municipal

³⁸ « En effet – depuis les chefs jusqu'aux plus humbles subordonnés – le personnel est trop enclin à se croire indépendant de nous ; il fait la sourde oreille à nos observations ; il dédaigne les doléances des administrés, quand il ne punit pas ceux-ci d'avoir osé nous faire leurs interprètes à la tribune du Conseil ou devant l'Administration. Dans ces conditions, les abus surgissent, se maintiennent, se transforment en habitudes, presque en règle, que sanctionne l'impunité par le fait de l'insouciance ou de l'incurie des préposés supérieurs de l'Assistance. » *Ibid.*, p. 3

³⁹ Extrait du « Procès-verbal de la séance du Conseil de surveillance du 15 décembre 1892 », in *Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 11.

⁴⁰ « En réalité, c'est le commencement d'une campagne dont le but avoué est la municipalisation des services de l'Assistance publique ; c'est le commencement de la mainmise du Conseil municipal sur l'Administration hospitalière », in *Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 14.

⁴¹ « On a trouvé que la loi de 1849 ne faisait pas une part assez grande au Conseil municipal ; on allègue qu'en 1849 la subvention municipale n'était guère que de 5 millions, alors qu'elle dépasse aujourd'hui 20 millions. M. Pignon ne le conteste pas ; mais si le Conseil municipal peut souhaiter qu'une part plus grande lui soit réservée dans les affaires de l'Assistance publique, il ne lui appartient pas de changer la loi, qui ne peut l'être que par une nouvelle loi. La délibération du Conseil municipal n'est donc pas une mesure d'ordre intérieur. C'est le contrôle, c'est la surveillance organisée dans tous les services de l'Assistance ; c'est le Conseil municipal qui intervient partout dans les dépenses, dans le service médical, dans les services généraux ; c'est la surveillance des Commissions administratives des bureaux de bienfaisance ; c'est le Conseil municipal qui veut s'emparer de toute la surveillance de l'Assistance publique ; c'est ce qui est contraire à la loi, et c'est pourquoi M. Pignon demande

envenime le débat en créant un Conseil de surveillance des écoles d'infirmiers et d'infirmières, prenant acte du fait que ces écoles sont à la charge unique de la Ville.⁴²

Tous les moyens sont utilisés par le Conseil de surveillance pour contrer ces tentatives : le Préfet de la Seine et le Ministre de l'Intérieur sont invoqués, en vain. Il semble néanmoins que le décret du 28 mars 1896 augmentant le nombre des membres du Conseil municipal au sein du Conseil de surveillance soit l'une des réponses apportées à l'État pour barrer les manœuvres de contournement de son autorité⁴³. Désormais, davantage de conseillers municipaux siègent aussi au Conseil de surveillance, ils représentent alors près du tiers des voix⁴⁴ : ils vont donc être au plus près de l'institution, en être solidaires sans vouloir forcément le vider de ses compétences et finalement en être les meilleurs avocats.

Si le Conseil de surveillance semble l'emporter, cette victoire n'est que provisoire car l'administration municipale renouvelle ses attaques six ans plus tard. Le même Faillet à l'origine du premier projet en 1892 revient en effet à la charge en 1902 : son projet porte cette fois sur la création d'un conseil pour chaque établissement hospitalier. L'objectif est cette fois-ci plus clairement énoncé : d'ordre économique, la réforme vise à « contrôler rigoureusement l'emploi des crédits affectés à chacun des ces établissements » mais aussi d'ordre disciplinaire, puisqu'on s'assure aussi de « surveiller le fonctionnement

au Conseil de signaler cette illégalité à qui de droit. », in *Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 14.

⁴² *Séance du 11 décembre 1893 du Conseil municipal*, qui suscite une protestation véhémente du Conseil de surveillance dans sa séance du 31 décembre suivant, in *Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 16 & p. 17.

⁴³ C'est du moins ce qui ressort de la *Note pour la commission chargée d'étudier la création de Comités spéciaux à chaque établissement hospitalier*. On y trouve à la suite du compte-rendu de la visite au Ministre en 1894, le rappel du décret du 28 mars 1896, faisant le lien implicitement entre les deux faits.

⁴⁴ Ils sont 10 conseillers municipaux sur 33 membres au Conseil de surveillance. Ils sont proposés par le Conseil municipal en fonction de leur intérêt pour les questions d'assistance, et on peut supposer que la plupart d'entre eux siègent également à la 5^e Commission (Assistance publique – Mont-de-Piété) du Conseil municipal.

du personnel de toute catégorie qui y est employé. »⁴⁵ Reprise à son compte par le conseiller municipal Ambroise Rendu et légèrement amendée, cette proposition est adoptée par le Conseil municipal le 31 décembre 1903, sous le nom de « comités de patronage auprès de chacun des hôpitaux et hospices ». Pendant l'intervalle des discussions, le Conseil de surveillance manœuvre habilement : il décide de contre-attaquer par la formation en amont de « commissions de surveillance des services généraux dans les grands hospices » prenant également acte des critiques⁴⁶ dont sont plus particulièrement l'objet ces établissements. Finalement, ces commissions de surveillance ne sont pas véritablement instituées, le directeur de l'Assistance publique Gustave Mesureur rappelle simplement aux membres du Conseil leur rôle de surveillance et d'inspection des hospices.

La dernière tentative a lieu en mai 1904, à l'occasion d'une séance du Conseil de surveillance au cours de laquelle Léon Bourgeois⁴⁷ dépose une proposition tendant à « diverses mesures de décentralisation » des établissements hospitaliers. Suite à des travaux à l'hôpital Necker, il est apparu que la lourdeur de l'appareil administratif compliquait considérablement le bon déroulement d'améliorations indispensables à cet établissement, et par suite à l'ensemble des autres hôpitaux et hospices de l'AP. Aussi Léon Bourgeois propose-t-il « la création d'un Comité spécial à chaque établissement hospitalier ». Cette création ne prévaudrait pas contre les principes posés dans la loi du 10 janvier 1849, elle pourrait au contraire découler d'une bonne

⁴⁵ *Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 21.

⁴⁶ « Ces critiques ne sont pas toujours fondées ; mais, souvent aussi elles laissent soupçonner qu'au moyen d'un contrôle plus suivi, plus méthodique et plus minutieux que celui qui peut être exercé par notre service d'inspection, il serait possible d'obtenir un meilleur usage des ressources hospitalières et une parfaite adaptation des moyens employés aux fins poursuivies (...) Par de fréquentes visites, elle irait au-devant des réclamations possibles et se rendrait compte elle-même des progrès et des réformes à opérer ; elle exercerait en un mot, un contrôle périodique, régulier et collectif là où il n'existe actuellement qu'un contrôle trop irrégulier, trop intermittent et forcément insuffisant. » Extrait du procès-verbal du Conseil de surveillance lors de sa séance du 22 janvier 1903 *in Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 23.

⁴⁷ Léon Bourgeois (1851-1925) député radical et plusieurs fois ministre est président du Conseil entre 1895 et 1896 est à l'origine du solidarisme, doctrine réformatrice entre collectivisme et libéralisme qu'il a exposé dans *son Essai d'une philosophie de la solidarité* en 1902.

application de ces principes ; au surplus, il appartiendrait à une commission du Conseil, et ensuite au Conseil lui-même, de mettre ici les principes d'accord avec les exigences de la réalité. »⁴⁸ Cette fois-ci devant la volonté de Léon Bourgeois d'impliquer pleinement le Conseil de surveillance dans la désignation des membres de ce Comité et dans l'application des mesures préconisées, le Conseil de surveillance accepte bien volontiers cette proposition, relayé en cela par les assemblées de divers corps médicaux de quelques hôpitaux. Ainsi des commissions médicales de Saint-Antoine, de Tenon, et de l'hôpital des Enfants-Malades font-ils savoir qu'ils sont tout à fait d'accord pour la création de ces comités spéciaux, perçus comme des moyens d'accroître leur autonomie vis-à-vis de l'administration⁴⁹.

Si ces comités spéciaux ont bien été créés ainsi que l'indiquent les procès-verbaux du Conseil de surveillance⁵⁰, il apparaît en revanche et contrairement au vœu du corps médical de ces divers hôpitaux, que les velléités d'autonomie ont été captées par le Conseil de surveillance, puisque c'est lui qui préside aux destinées de ces comités de patronage. Peut-être ont-ils seulement permis de faire remonter plus rapidement les besoins des établissements et d'améliorer les contacts entre l'administration générale de l'AP et les établissements ? On peut le supposer, mais là encore le Conseil de surveillance a fait la démonstration de ses capacités de réaction à l'égard d'une tentative de subversion de son autorité.

2. La création d'une direction de l'Assistance publique

Elle ne remet pas en cause l'organisation de l'Assistance publique à Paris, réglementée par la loi du 10 janvier 1849 et complétée par le règlement du 24

⁴⁸ *Note pour la commission chargée d'étudier (...) art. cit.*, p. 27.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 28.

⁵⁰ *Séances des 8 et 15 mars 1906 du Conseil de surveillance* « Désignation d'un membre du conseil en qualité de membre de la commission exécutive du Comité de patronage des hôpitaux », AAP, 1L41, p. 458 et p. 486 ; *Séance du 17 novembre 1910* « Nomination dans le comité de patronage des hôpitaux », AAP, 1L46, p. 170.

avril suivant. Il s'agit en fait d'une Direction au sein du ministère de l'Intérieur créée en 1886, qui se transforme deux ans plus tard en un Conseil supérieur de l'Assistance publique, chargé de préparer la loi sur l'Assistance médicale gratuite de 1893. Elle n'empiète pas sur les prérogatives et les missions de l'AP, qui constitue peut-être le modèle de l'organisation d'une assistance publique à l'échelle du territoire⁵¹. Surtout elle ne s'occupe que très peu des questions d'assistance dans la capitale, son but étant plutôt de s'assurer de la coordination d'une politique sanitaire homogène sur l'ensemble du territoire.

3. Le rôle décisif du directeur de l'AP

L'autre volet plus décisif de la républicanisation de l'administration de l'Assistance publique sous la III^e République consiste à imposer à sa tête de fortes personnalités, plutôt marquées à gauche et influencées par la libre-pensée.

3.1. La stabilité des hommes

À côté d'un Conseil de surveillance compétent et actif siège le Directeur, détenteur de l'exécutif et premier responsable de l'Administration. On a vu que la création de ce poste avait fait partie des enjeux de la loi du 10 janvier 1849 : il s'agissait de faire oublier l'absence de responsabilité et d'unité de la politique de l'ancien Conseil général des Hospices. Aussi, la personnalité des individus qui président à la destinée de la nouvelle administration a-t-elle été particulièrement significative.

⁵¹ Voir la contribution que nous avons faites lors des journées d'étude des 14 et 15 septembre 2006 *Services publics et décentralisation* organisée à la Caisse des dépôts et consignations, sous la direction de Olivier Dard et Michel Margairaz, intitulée « République et Assistance : implantation hospitalière et politique sanitaire et sociale au début du XX^e siècle » (actes à paraître)

Tableau 2.
Les directeurs de l'AP de 1849 à 1920

Nom du Directeur	Durée du mandat	Fonctions exercées précédemment	Fonctions exercées postérieurement
DAVENNE Henri (1789-1859)	1849-1859	Chef de division au ministère de l'Intérieur.	Admis à la retraite.
HUSSON Armand (1809-1874)	1860-1870	Chef de la division d'administration départementale et communale de la préfecture de la Seine.	Admis à la retraite.
FLOTARD Thomas	1870	Ancien membre du gouvernement de 1848, pensionnaire à Sainte-Périne en 1870.	Admis à la retraite.
MÖRING Michel (1824-1880)	1870-1871	Directeur de l'administration préfectorale.	Directeur de l'administration préfectorale.
BLONDEL Charles-Ferdinand (1807-1877)	1871-1874	Inspecteur principal de l'Assistance publique.	Admis à la retraite.
DE NERVAUX Edmond-Louis (1820-1895)	1874-1878	Directeur de la Sûreté générale auprès du ministère de l'Intérieur.	Admis à la retraite.
MÖRING Michel (1824-1880)	1878-1880	Directeur de l'administration préfectorale, inspecteur général du service des aliénés de la Seine.	Décédé dans l'exercice de ses fonctions.
QUENTIN Charles (1826-1903)	1880-1884	Conseiller municipal radical-socialiste pour le quartier du Père-Lachaise.	Inconnue.
PEYRON Louis-Ernest (1836-1908)	1884-1898	Médecin, conseiller général républicain de Seine-et-Oise et directeur de l'Institut des Sourds-Muets.	Admis à la retraite.
NAPIAS Henri (1842-1901)	1898-1901	Médecin de marine, inspecteur de l'Assistance publique.	Décédé dans l'exercice de ses fonctions.
MOURIER Charles (1857-1902)	1901-1902	Député et conseiller général radical-socialiste du Gard, maître des Requêtes au Conseil d'État.	Décédé dans l'exercice de ses fonctions.
MESUREUR Gustave (1847-1925)	1902-1920	Dessinateur en broderies, ancien conseiller municipal radical-socialiste du 2 ^e arrondissement, ancien ministre du Commerce (1895), député de la Seine battu aux législatives de 1902.	Admis à la retraite.

Le Directeur est nommé par le Ministre de l'Intérieur, sur proposition du Préfet de la Seine et il est remarquable que les premiers directeurs ont tous été d'anciens fonctionnaires de l'administration préfectorale. À partir de Charles Quentin, les choses changent : pour la première fois le Directeur est un élu – il est conseiller municipal radical-socialiste de l'arrondissement du Père-Lachaise – et il ne doit pas son poste uniquement à la main du Préfet. C'est le moment où débutent les tentatives de mainmise du Conseil municipal sur le Conseil de surveillance : aussi n'est-il pas surprenant qu'à la tête même de l'administration, le Conseil municipal poursuive son entreprise et y place les siens. Les liens entre le monde politique et la direction de l'Assistance publique sont d'autant plus forts que les Républicains veulent marquer par le vote de grandes lois sociales, au sein desquelles l'Assistance publique à Paris a figuré sinon un modèle du moins un laboratoire pour des expériences à mener en province.

À ce titre, il n'est pas indifférent de voir par exemple que la laïcisation des hôpitaux parisiens est entamée dès la fin des années 1870 par Bourneville et que le Conseil municipal à partir de 1880, relayé en cela par le Directeur de l'AP, accélère le mouvement. Que ce soit Quentin, Peyron, Napias, Mourier ou Mesureur, tous sont des républicains affirmés, souvent francs-maçons⁵², marqués par un anticléricalisme⁵³ militant, et ont tous œuvré pour une professionnalisation et une laïcisation des personnels soignants. La phrase célèbre de Charles Mourier, rappelée par *l'Aurore* au moment de son décès prématuré en témoigne : « aux conseillers nationalistes qui en séance du Conseil municipal qui demandait la réintégration des sœurs dans les hôpitaux laïcisés

⁵² Le cas le plus connu est celui de G. Mesureur qui a exercé des fonctions importantes dans la loge *La Justice* de la Grande Loge de France.

⁵³ « Une autre valeur intervenait cependant pour définir le contenu du régime : la laïcité, trait caractéristique de cette génération qui voulait une république pleinement émancipée de l'Église. Cet aspect, souvent étudié est réellement capital. Non seulement les fondateurs de la Troisième République étaient personnellement agnostiques, (...), mais par une opposition à la fois idéologique et politique, leur incroyance débouchait dans l'anticléricalisme, volonté de combattre l'influence de l'Église dans la société et d'achever l'ample mouvement de sécularisation commencé à la Renaissance. » in BARRAL P., *Les fondateurs de la Troisième République*, Paris, A. Colin, 1968, p. 40.

[il aurait répondu] “Je dois vous prévenir, Messieurs, que vous n’avez pas à compter sur moi pour une pareille *besogne* ! “»⁵⁴ Le mot avait suffisamment fait scandale pour être rappelé au moment de son éloge funèbre.

Une dizaine d’hommes seulement a dirigé l’Administration de l’Assistance publique entre 1849 et 1920, soulignant la continuité de la fonction : trois parmi eux Michel Möring, Henri Napias et Charles Mourier sont morts en exercice. Les autres sont restés longtemps en poste, hormis l’exception notable de Charles Quentin, démissionnaire à la suite d’un conflit avec le Préfet de la Seine, Poubelle. Une lecture rapide de ce tableau laisserait penser que le poste de Directeur était un titre honorifique, qui jalonnait une carrière ou récompensait un ami de la République. Il n’en n’était rien : l’ampleur de la tâche nécessitait beaucoup de travail et il fallait user de beaucoup de diplomatie dans l’exercice d’un poste particulièrement exposé. Les avantages du poste étaient réels mais comptaient au titre de compensation très comparables à ceux dont bénéficiaient les hauts fonctionnaires parisiens : le salaire de 15 000 francs annuels⁵⁵ auquel il fallait ajouter la jouissance d’un vaste appartement, avenue Victoria, en face de l’Hôtel de Ville n’avait rien d’exagéré au regard du train de vie que devait avoir celui qui dirigeait une des plus grandes administrations de la capitale. Le poste de Directeur était donc un poste de responsabilité qui nécessitait une connaissance du terrain et des questions d’assistance, un solide sens de la négociation et un investissement de tous les instants.

3.2. *Une assez grande latitude d’action*

Encadré par ses organes de tutelle, soumis au Ministre de l’Intérieur et au Préfet de la Seine, borné par les avis du Conseil de surveillance, le Directeur

⁵⁴ *L’Aurore* du 21 août 1902, AAP, Foss 717, « Charles Mourier ».

⁵⁵ Pour la période, le traitement de Davenne ou de Husson est de 12 000 francs annuels au début de leur mandat et passe à 15 000 francs au bout de cinq ans. Blondel, De Nervaux, Möring, Quentin, Peyron, Napias semblent avoir touché 15 000 francs dès leur nomination. Mourier aurait refusé de percevoir le traitement de l’administration, en raison de sa fortune personnelle considérable. Mesureur commence avec un traitement de 15 000 francs annuel, porté en 1905 à 18 000 francs, puis à 21 000 francs en 1917, et enfin à 24 000 francs en 1918. AAP, 717 Foss.

avait-il une réelle latitude dans la gestion de l'Administration de l'Assistance publique ?

Pour Jean Imbert, la réponse ne fait aucun doute : ces hommes de valeur, compétents et intéressés par la chose publique ont imprimé à cette administration une unité d'action qui permet de trancher des questions sur lesquelles le Conseil de surveillance divisé, n'aurait pas réussi à trouver un compromis⁵⁶. Effectivement, plusieurs indices laissent penser que le Directeur de l'AP occupe un poste-clé au sein d'une administration où les lenteurs et les pesanteurs sont par ailleurs très souvent dénoncées. Durant les séances du Conseil de surveillance, il est présent le plus souvent mais il intervient assez peu et demeure en retrait des débats qui agitent l'assemblée. Sa présence néanmoins, non obligatoire statutairement, est l'indice d'une forte implication dans son rôle. Pour les dossiers difficiles que constituent l'achèvement de l'Hôtel-Dieu ou la laïcisation des hôpitaux, son rôle est déterminant. On peut souligner l'apport décisif des prises de position de Blondel en 1872 puis de Nervaux en 1876 au moment où il s'agit de reprendre les travaux du nouvel Hôtel-Dieu abandonnés depuis le siège et qui sont dans un état déplorable. Le Conseil de surveillance est traversé de querelles entre certains membres, essentiellement des médecins, qui considèrent qu'il s'agit d'une opportunité pour reprendre le vieux débat sur l'emplacement de l'Hôtel-Dieu, et d'autres qui songent à terminer un chantier qui coûte fort cher à l'administration et la décrédibilise. Les interventions du Directeur, plus que celles du président de séance, sont essentielles pour recentrer le débat lorsque celui-ci s'égaré⁵⁷. Par

⁵⁶ « Rarement dans l'histoire de l'administration française un fonctionnaire a détenu autant de pouvoirs que le directeur de l'Assistance publique à Paris. L'autorité du préfet de la Seine et du ministre de l'Intérieur (puis du ministre de la Santé) sous laquelle il est placé lui laisse en fait les mains libres ; les simples « avis » du Conseil de surveillance ne l'ont jamais gêné dans ses initiatives régaliennes. La série d'hommes de qualité qui assurèrent cette fonction a donné à l'administration un essor considérable, l'unité de direction a en effet facilité la réalisation rapide d'un certain nombre de mesures, qui si elles avaient été soumises aux délibérations d'un conseil, auraient sans nul doute été l'objet de vives discussions... ou de retards inéluctables. » in IMBERT J., « L'Assistance publique à Paris de la Révolution française à 1977 », in EPHE, *L'Administration de Paris (1789-1977)*, Actes du colloque du Conseil d'État du 6 mai 1978, Paris, Champion, 1979.

⁵⁷ Séances des 8 février 1872, 23 mars 1876, 4 mai 1876, *Avis du Conseil de surveillance*, AAP, 1L12, 1L13.

ailleurs, le Directeur fait aussi usage d'autorité dans le cadre de l'administration des hôpitaux vis-à-vis d'un personnel médical enclin à un certain laxisme aussi bien dans les gardes que dans leur présence même dans leur service, qui ne sont pas toujours effectuées avec toute la ponctualité et le sérieux requis. Les rappels réguliers aussi bien dans les *Recueils Arrêtés et Circulaires*⁵⁸ que dans les *Historiques des hôpitaux*⁵⁹, sorte d'almanachs des événements marquants mais qui ne sont tenus qu'à partir de 1893, montrent le souci du premier fonctionnaire de l'Assistance publique de faire régner un minimum de discipline. Les résultats semblent pourtant en demi-teinte si on en croit la fréquence avec laquelle ces rappels à l'ordre sont faits. Néanmoins, leur réitération est l'indice que l'administration n'abandonne pas. On trouve ainsi la trace de l'implication du Directeur dans une note qu'il a demandée et qui concerne la présence et la régularité du service médical dans les hôpitaux au mois d'avril 1908. Il souhaite être tenu informé au plus près de l'exactitude des médecins dans leur devoir.

⁵⁸ *Arrêté approuvé par le Préfet du 8 février 1879*, « Modification de l'article 28 du règlement – Incompatibilité des fonctions de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris, avec des fonctions permanentes étrangères – », RAC, 1J5, p. 623 ; *Circulaire aux Directeurs du 4 mars 1882* « Consultations gratuites dans les établissements hospitaliers. Consultations données par les médecins et chirurgiens et non par les élèves. », RAC, 1J6, p. 88 ; *Circulaire aux Directeurs du 17 décembre 1884*, « Rappel des instructions relatives au service de garde des chirurgiens du Bureau central les dimanches et jours de fêtes », RAC, 1J6, p. 258.

⁵⁹ « Le service de garde a été régulièrement fait par la majorité des élèves. Quelques internes ont cependant persisté malgré toutes les observations à se faire remplacer ou assister par des externes non autorisés. Un seul interne M. Michel Dansac n'a pour ainsi dire jamais monté de garde et j'ai dû vous le signaler pour ce fait. », Hôtel-Dieu, *Historique de l'année 1893*, AAP, D-285.

**Note manuscrite présente dans un
dossier de plaintes adressées au Directeur de
l'Assistance publique, 804 Foss 36/2**

Assistance publique. Hôpital Lariboisière.

Note du 21 avril 1908

M. le Dr Saviaud absent depuis le 18, sans autorisation, bien que remplaçant le Dr Reynier en congé, M le Dr Baudet passe dans le service et autorise l'interne à opérer !!!

Pauvres malades !!

Note pour M. le chef du service de santé

Je crois devoir vous signaler la façon vraiment scandaleuse dont a été assuré le service médical pendant les fêtes de Pâques.

Pendant des deux jours, 1300 malades ont été abandonnés aux seuls soins des internes, souvent même abandonnés à eux-mêmes.

En médecine le 19 avril 1908 :

- pas un médecin !! les remplaçants eux-mêmes ne viennent pas ! Messieurs Brault et Tapret non autorisés sont absents !

- le 20 avril même situation, M. Bergé vient cependant une demi-heure !! chez M. Brault pas même un interne (voilà pour 700 malades).

En chirurgie :

- même situation : M. Savariaud, désigné pour remplacer M. Reynier est parti en congé sans autorisation, jusqu'à lundi prochain !!! les malades sont abandonnés à des internes inexpérimentés qu'on veut autoriser à opérer ! et je ne parle pas des internes absents !

Aujourd'hui les services sont mieux assurés sauf celui de M. Reynier dont le remplacement s'impose, M. Savariaud a abandonné son poste.

Feuille de présence du 20 avril 1908

Deux médecins présents sur 15 et encore une demi-heure....

Cette note émane vraisemblablement du Directeur de Lariboisière et est destinée à la Direction générale de l'Assistance publique. Elle figure dans un dossier de plaintes de particuliers à l'égard des hôpitaux, AAP, 804 Foss 36/2.

Enfin, le souci de perfectionner une administration jugée dépensière et parfois assez négligente du bien-être de ses administrés est constitutif de la charge exécutive : les quelques dossiers de plainte de patients ou de famille de patients conservés aux archives de l'Assistance publique montrent un Directeur

attentif et scrupuleux, qui ne laisse pas sans réponse les demandes d'explication de la part des familles. Certes, bien des affaires sont classées ou demeurent sans suite, mais d'autres à l'inverse ont quelquefois des répercussions disciplinaires et témoignent de l'implication du Directeur dans la mission qui lui est confiée. Ces quelques dizaines de lettres s'échelonnent essentiellement sur la période de 1880 à 1914 : elles ne sauraient constituer le reflet exact et précis de l'expérience hospitalière pour l'ensemble des patients. Écrites le plus souvent sous le coup du chagrin et de la colère par une famille en deuil, elles ne donnent à voir que les aspects les plus négatifs de l'institution, comme tout service de contentieux. Mais elles permettent au Directeur qui en prend connaissance de percevoir l'opinion d'un public qu'on ne prend pas souvent la peine d'entendre. À la suite de la plainte d'une jeune femme concernant la brutalité des dentistes de Lariboisière⁶⁰, le Directeur Gustave Mesureur fait la réponse suivante au médecin responsable des consultations dentaires :

« Je note toutefois qu'avec l'anesthésie locale pratiquée aujourd'hui par tous les dentistes on ne doit pas pouvoir prétexter de souffrances sérieuses pour une extraction et je m'étonne de lire : « Si Melle R. a souffert, ce n'est pas la faute de l'opérateur ». D'autre part, si on admet qu'il a pu « se produire une hémorragie et se former un caillot sanguin » pourquoi laisse-t-on partir les malades avant d'avoir reçu les soins consécutifs à l'extraction ? Enfin si Melle R. est hystérique, elle aurait droit à d'autant plus de soins et de précautions. En tenant compte de l'exagération de cette personne, il y a dans sa lettre du 2 mai un accent de vérité qui, si elle n'a pas été traité avec brutalité, témoigne qu'elle a cru l'être. C'est un effet moral qu'il convient au praticien de ne pas produire. »⁶¹

Rappels à l'ordre, sanctions disciplinaires, blâmes, tels sont les outils à la disposition du Directeur vis-à-vis d'un corps médical assez rétif aux ordres

⁶⁰ Un service gratuit de chirurgie dentaire est mis en place dans certains hôpitaux, à horaires réguliers, certains jours de la semaine.

⁶¹ *Lettre du 2 mai 1903, AAP, 804 Foss 36/1.*

d'une administration dont ils ne s'estiment pas redevables⁶². Néanmoins, lorsque l'affaire éclate, qu'une action en justice est engagée et que la presse s'empare du scandale, la réputation du praticien est engagée et il doit se justifier aux yeux de son Directeur. C'est ce qui se produit au moment de l'affaire Gougenheim entre 1890 et 1892⁶³. Ce médecin de Lariboisière est accusé de prescrire par écrit⁶⁴ aux patients de sa consultation de laryngologie l'emploi du siphon de Weber pour l'irrigation des fosses nasales et d'indiquer l'adresse du fabricant chez lequel les patients doivent se procurer cet appareil. Il est donc suspecté de collusion avec ce fabricant, un certain Mathieu. Gougenheim se défend maladroitement⁶⁵ mais finit malgré tout par s'incliner : la crainte du scandale, le souci de sa réputation, et le respect en définitive de l'autorité ont eu raison de ses velléités d'indépendance.

Le Directeur est donc bien investi d'un pouvoir bien réel, allié à une ténacité rarement démentie, que renforce la certitude d'une continuité dans la fonction. Des limites surgissent cependant au détour d'un conflit avec le Ministre ou le Préfet : c'est ainsi que la direction de Charles Quentin a été écourtée en raison - on l'a déjà mentionné - de divergences de vues avec le Préfet de la Seine Poubelle. Mais son dossier conservé aux Archives de l'AP mentionne aussi une remontrance⁶⁶ du Ministre de l'Intérieur Waldeck-Rousseau, tout juste nommé, qui lui rappelle ses devoirs et surtout le sens de la

⁶² Les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont nommés au concours depuis 1829 et ne sont pas salariés par l'administration. « Sauf les pharmaciens qui ont droit à une pension de retraite, aucun des agents du personnel médical en reçoit de traitement. Ces agents ne touchent que des indemnités. Celles des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs chefs de service sont calculées, non d'après l'importance du service qui leur est confié, mais d'après le plus ou moins grand éloignement du centre de Paris de l'établissement auquel ils sont attachés. », *L'Assistance publique en 1900*, Montévrain, 1900, p. 103.

⁶³ AAP, 804 Foss 36/1.

⁶⁴ Sur des imprimés portant l'en-tête de l'hôpital Lariboisière.

⁶⁵ « Toutefois pour ne pas vous causer d'ennui, ainsi qu'à moi, je prendrai le parti de défendre de donner une indication à qui que ce soit, je ne sais comment la marche de la consultation qui m'est confiée sera facilitée mais je ne puis accepter d'un cœur léger les ignobles accusations dont je suis gratifié de temps en temps », *Lettre du 15 juillet 1893 au Directeur de l'Assistance publique*, AAP, 804 Foss 36/1.

⁶⁶ Foss 717, « Charles Quentin », lettre du 18 mai 1883.

hiérarchie. La tentative du Directeur de l'Assistance publique d'obtenir des informations avant le Ministre fait long feu :

« Vous m'avez écrit pour m'exprimer votre étonnement en apprenant la visite faite par les inspecteurs généraux dans les établissements hospitaliers avaient pour but une enquête sur la laïcisation des hôpitaux et cette assertion vous paraît être en contradiction avec le résultat d'un entretien que j'ai eu récemment avec vous.

J'ignore quel genre de contrôle vous avez cru devoir faire exercer sur les inspecteurs généraux qui étaient chargés, dans leurs tournées de visiter trois établissements de la Seine. Si toutefois vous attachez quelque importance aux allégations que vous avez pu recueillir à ce sujet, vous voudrez bien me les signaler sous forme administrative ; mais jusqu'à ce que j'ai reçu les rapports de mes inspecteurs, il ne m'est pas possible d'apprécier si l'enquête dont vous parlez a été faite et sérieusement conduite. »

Quel était le sens de la démarche de Quentin ? Il est difficile de le savoir en l'absence de son témoignage. Peut-être a-t-il souligné que les inspecteurs généraux outrepassaient leurs devoirs en visitant des hôpitaux, relevant de la seule administration de l'AP ? Peut-être a-t-il vu dans l'action du Ministre de l'Intérieur une tentative pour se renseigner sur sa politique de laïcisation dans les hôpitaux ? Toujours est-il que l'action de son Ministre ne lui plaît guère et qu'il n'en fait pas mystère : il menace même de démissionner ce que Waldeck-Rousseau refuse. Ce geste est vraisemblablement le fruit de l'inexpérience de Quentin, premier Directeur non issu du sérail de l'administration préfectorale de la Seine. Sa maladresse lui vaut le rappel à l'ordre de sa hiérarchie : si le Directeur a une latitude d'action assez large, elle doit cependant rester dans les bornes de ses attributions.

En somme, les hôpitaux forment un pan de l'Assistance publique bien encadrés, surveillés par des inspections régulières. Le directeur de

l'établissement est un administratif qui ne fait que répercuter les instructions d'un Directeur, très impliqué dans la gestion hospitalière et dont il constate les améliorations presque quotidiennement. En parallèle les avis du Conseil de surveillance, le contrôle de plus en plus étroit du Conseil municipal de Paris, complètent souvent efficacement un Directeur qui s'efforce de rester impartial au milieu des conflits qui éclatent parfois entre ces différentes instances. Il n'en demeure pas moins lui aussi soumis au Ministre de l'Intérieur et si ses fonctions lui laissent une grande marge, il ne doit pas outrepasser certaines limites. Ces transformations de la gouvernance du système hospitalier éclairent les mutations d'un hôpital plus moderne où les compétences sont mieux délimitées et où s'impose l'idée d'un recours au soin de plus en plus largement diffusé.

Chapitre IV

Rationalité de l'accueil et des soins

L'hôpital est le lieu d'importantes transformations au cours du XIX^e siècle : les progrès de la science médicale en sont les principaux vecteurs. Est-ce à dire que la physionomie de l'hôpital en est totalement transformée ? Si on en croit Marcel Fosseyeux¹, le XIX^e siècle est le grand siècle des travaux hospitaliers. Il serait cependant erroné et excessif d'imaginer l'hôpital sous les traits d'un temple immaculé apportant soins et guérison à tous les patients qui s'y rendent. Néanmoins au fil du temps, des évolutions sont perceptibles. Les changements apportés concernent les bâtiments comme on l'a vu, mais aussi l'organisation de l'institution et la répartition des salles. La spécialisation des pathologies ouvre la voie à celle des services. La nécessité d'un environnement débarrassé de tout germe devient la norme à la fin du siècle sous la poussée des découvertes de la microbiologie. La manière d'envisager les soins et la guérison en est profondément bouleversée. Quoi qu'il en soit, le succès de l'hôpital ne se dément pas. Son fonctionnement de plus en plus rationnel s'efforce de s'adapter aux besoins des populations. Entre les années 1850 et les années 1940,

¹ FOSSEYEUX M., *Les grands travaux hospitaliers à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Berger-Levrault, 1912.

on peut considérer que l'hôpital entre dans un « système professionnel libéral » (F. Steudler) correspondant à une organisation complexe, et devient véritablement un centre de soins où travaillent des professionnels. Dans cette perspective « l'hôpital tend à devenir un système bureaucratique où dominent des professionnels qui se conforment à une logique libérale ».²

Pour tenter de mesurer l'ampleur des changements qui touchent l'hôpital et les malades, on peut suivre l'itinéraire d'un patient pendant son séjour hospitalier. Les règlements et la correspondance des directeurs nous aident à cerner du côté de l'administration le fonctionnement de l'établissement et les relations avec les malades. La lecture des progrès de la science et de leur intégration à l'institution sont en effet un des aspects de cette transformation. Dans un premier temps, on examinera les procédures d'admission à l'hôpital afin d'étudier si elles sont un filtre efficace ou un mince filet contre une utilisation jugée abusive par l'administration de l'Assistance publique. On s'interrogera ensuite sur l'ampleur de progrès de la médecine hospitalière et sur les délais d'application dans le cadre des trois hôpitaux généraux étudiés : les découvertes médicales rendent-elles véritablement la médecine hospitalière plus performante à la fin du XIX^e siècle ? Dans un dernier temps, on s'intéressera plus particulièrement aux malades au sein de l'institution et on examinera la discipline et les contraintes qui leur sont imposées afin de déterminer si elles procèdent d'une nécessité voulue par la modernité naissante de l'hôpital ou si elles ne sont que les vestiges d'un antique système carcéral.

² STEUDLER F., *Le système hospitalier. Evolution et transformations*, Centre d'étude des mouvements sociaux. Maison des sciences de l'homme, Paris, 1973, p. 31.

A. L'admission des malades

Quelles sont les modalités de l'entrée à l'hôpital ? Est-il ouvert à tous et comment se passe l'admission ? S'il existe des conditions strictes réglementaires d'admission, les nécessités du service de santé soumis à des cas d'urgence les rendent assez souples. Comme souvent la théorie de la déshospitalisation prônée par l'administration au nom d'une réduction des coûts est souvent sacrifiée à une pratique d'admissions assez massives par les médecins mais aussi de manière plus surprenante par les malades qui tentent par tous les moyens de profiter des failles du système pour parvenir à se faire admettre.

1. Les conditions réglementaires

D'après l'article 1³ de la loi du 7 août 1851, l'hôpital est ouvert à tous les « privés de ressources » : on ne parle plus désormais d'indigents mais l'hôpital conserve sa vocation d'accueil pour les plus pauvres. Néanmoins, il doit désormais se consacrer exclusivement aux malades, laissant les vieillards, les infirmes et les incurables dans les hospices. Par ailleurs, la condition de résidence n'est plus exigée pour se faire soigner à l'hôpital, seule compte celle du « domicile de secours » c'est-à-dire l'endroit où l'individu tombe malade. Ainsi, pour l'ensemble du territoire français, s'opère un double mouvement de resserrement de l'hôpital sur sa fonction médicale et d'ouverture sur des patients qui n'ont plus à justifier d'un domicile. Toutefois, à Paris, riche d'un patrimoine hospitalier sans comparaison et fort réputée pour la qualité de ses

³ « Article 1^{er}. Lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission, dans l'hôpital existant dans la commune. », *Loi sur les hospices et les hôpitaux du 7 août 1851*, in *Recueil de lois, ordonnances et décrets applicables à l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris*, Paris, Dupont, 1887, p. 351.

médecins et chirurgiens, cette loi suscite des inquiétudes comme en témoignent les nombreuses circulaires visant à restreindre l'admission des malades de banlieue⁴ ou des communes situées en-dehors du département de la Seine.

« 2° Tout individu qui réclamera son admission dans les Hôpitaux de Paris, soit au Bureau Central, soit dans les Hôpitaux même devra déclarer s'il est domicilié dans cette ville et depuis combien de temps (...)

5° Des lits seront, autant que possible, établis dans les divers hôpitaux pour les malades qui demanderont à être admis en payant.

6° Les frais de traitement de ces malades devront être acquittés d'avance pour huit jours. Ils seront calculés sur le prix moyen de journée, tel qu'il est établi par le compte du dernier exercice.

7° L'administration devra faire des enquêtes au domicile des malades admis gratuitement dans les Hôpitaux, à l'effet de s'assurer qu'ils appartiennent à la ville de Paris, et s'ils sont hors d'état de pourvoir aux frais de leur traitement.

8° M. le Préfet de la Seine sera prié d'exiger des communes rurales, par voie d'abonnement, de remboursement de tout ou partie de la dépense du traitement de leurs malades dans les Hôpitaux de Paris. »⁵

On tente de limiter l'accès des malades non domiciliés à Paris en leur faisant payer un mois d'avance de traitement, ainsi qu'en exigeant qu'ils indiquent une personne habitant Paris se portant caution pour eux ; enfin, on demande que la commune de leur lieu de domicile rembourse la dépense occasionnée par les frais de traitement de son administré.⁶ À partir de 1864, le

⁴ *Instructions pour l'inscription des malades de la banlieue, Circulaire du 3 mai 1855, RAC, 1J1, p.103.*

⁵ *Règlement pour l'admission des malades dans les Hôpitaux, Arrêté du 29 avril 1854, RAC, 1J1, t. II, p. 20-21.*

⁶ *Admission des malades étrangers au département de la Seine, Circulaire du 14 mai 1856, RAC, 1J2, p. 25 ; Mesures à prendre pour l'admission des malades étrangers au département de la Seine, Circulaire aux directeurs du 17 février 1859, 1J2, p. 201 ; Admission des malades étrangers au département de la Seine, Circulaires aux directeurs*

malade non parisien doit fournir un extrait de la délibération par laquelle le Conseil municipal de sa commune s'engage à supporter la dépense de son traitement. On rend donc l'admission des étrangers à la capitale de plus en plus difficile. La multiplicité des règlements en la matière laisse entendre néanmoins que cette admission était pourtant assez aisée, soit que le règlement fût peu ou mal appliqué, soit que les patients parvinssent à fléchir celui-ci d'une manière ou d'une autre, d'autant que certains médecins n'étaient semble-t-il pas très regardants sur l'origine géographique des malades s'il s'agissait d'une urgence, ou qu'il présentât une affection particulièrement intéressante pour leur spécialité.⁷ Les fausses déclarations de domicile étaient vraisemblablement assez répandues également.

En 1854, le Conseil de surveillance décide alors de faire payer tous ceux qui peuvent supporter le coût de l'hospitalisation⁸ : il faut désormais être hors d'état de payer pour entrer gratuitement. Cependant, l'accueil des malades payants n'entre pas dans les mœurs aussi facilement d'autant que l'hôpital a déjà du mal à satisfaire la seule demande des plus pauvres. En outre, l'institution hospitalière peut difficilement concurrencer le libre exercice de la médecine de ville, ou celui des cliniques et fondations privées qui captent cette clientèle aisée. Dans les registres étudiés de Lariboisière, Tenon et de l'Hôtel-Dieu, on ne trouve que très peu de mention de malades payants. Il existe cependant un établissement public d'hospitalisation, la Maison municipale de Santé, sise rue du faubourg Saint-Denis, qui reçoit les malades aisés moyennant le paiement d'un prix de journée payé par quinzaine et d'avance. Le recours à l'hôpital pour les plus riches existe bien dans un contexte de progrès médical perçu par tous.

des 16 octobre et 21 décembre 1861, 1J3, p. 76 et p. 88 ; Admission des malades étrangers au département de la Seine. Nouvelles instructions, Circulaires aux directeurs des 9 mars 1863 et 25 novembre 1864, 1J3, p. 191 et p. 318.

⁷ *Conditions d'admission des malades étrangers au département de la Seine dans les services de clinique chirurgicale, Circulaire aux directeurs du 9 février 1861 1J2, p. 276.*

⁸ *Règlement relatif au paiement des frais de séjour des malades admis dans les services payants des hôpitaux, arrêté du 23 juin 1854, RAC, 1J1, t. II, p. 27.*

2. *Le Bureau central et l'admission directe*

Il existe en fait deux modes d'admission différents : soit par le Bureau central, soit par l'hôpital directement, en étant admis après une consultation gratuite offerte par chaque établissement à des horaires précis ou en urgence à la suite d'un accident par exemple.

Le Bureau central d'admission⁹ siège sur le parvis de Notre-Dame dans des locaux qui font partie de l'ancien Hôtel-Dieu. Après la reconstruction de ce dernier à gauche de Notre-Dame, le Bureau central s'installe dans les bâtiments non encore détruits de l'ancien Hôtel-Dieu sur la rive gauche de la Seine.¹⁰ Il s'agit d'une consultation gratuite faite tous les jours de 10 heures¹¹ à 16 heures par les médecins et chirurgiens attachés au Bureau Central : des soins, des bandages et des prothèses y sont délivrés, et si la nature du mal est considérée comme suffisamment grave, le malade est orienté vers l'un des hôpitaux de la capitale en fonction des disponibilités. On dirige également parfois les malades qui s'y présentent vers les consultations des Bureaux de bienfaisance.

⁹ Créé en 1801 par un arrêté de Frochot, préfet de Paris, le Bureau central avait été institué pour rationaliser et centraliser l'hospitalisation afin de soulager les hôpitaux de tous ceux qui venaient se présenter pour réclamer des soins. « Le but en était de faire le tri entre les « vrais malades » et les simulateurs. [*En note est joint un extrait du compte administratif de l'an IX.*] Le but que s'est proposé le conseil était d'empêcher que l'on reçût dans les hôpitaux les individus qui ne sont pas malades, ou qui ne le sont pas assez gravement ; une foule de fainéants, surtout à l'entrée de l'hiver, se faisaient admettre dans les hôpitaux, non pour se faire traiter, mais pour y vivre sans rien faire ; refusés quelquefois à la porte d'un hôpital, ils en trouvaient presque toujours un plus facile. », Dr NICAISE, *Le Bureau central des hôpitaux, Rapport présenté à la société des chirurgiens des hôpitaux au nom de la commission chargée d'étudier la question de la suppression du Bureau central*, Paris, librairie Baillièrre et Cie, 1877, AAP, Foss 88.

D'après l'arrêté du 13 frimaire, tout malade était tenu de se présenter au bureau central pour être admis dans les hôpitaux ; mais chaque hôpital avait cependant le droit de faire des admissions d'urgence.

¹⁰ *Modifications apportées au service de consultation du Bureau central – Transfèrement dans l'ancien Hôtel-Dieu des différents services du Bureau central installés dans le nouvel Hôtel-Dieu (1869-1879)*, AAP, 804 Foss 32/10.

¹¹ L'horaire est reculé à 11 heures à partir de 1872.

« L'admission des malades se fait à 1 heure de l'après-midi, alors que chaque hôpital a envoyé l'indication du nombre de ses lits vacants. Chaque malade reçoit un numéro d'ordre, en même temps que le médecin prend note de la maladie et de son degré. Lorsque tous les postulants ont été vus, le médecin qui ne dispose généralement que d'un nombre de lits inférieur à celui des postulants fait un choix et distribue les lits entre les plus malades. De plus les médecins sont chargés de diverses tâches comme la délivrance de certificats d'infirmité, de la visite à domicile des invalides qui demandent leur admission à l'hôpital etc... »¹²

Des consultations particulières sont en effet données au fur et à mesure par les médecins du Bureau central, dans le but de désengorger les consultations hospitalières comme le montre le tableau ci-dessous dressé le 29 janvier 1875, témoignant d'une indéniable fréquentation : en moyenne en 1874, le Bureau Central a reçu et soigné un peu plus de 132 patients par jour...

Tableau 1.
Consultations données
par le Bureau central entre 1844 et 1874

	Année	1844	1854	1864	1874
Consultations pour les maladies ordinaires	10 925	18 682	8 913	27 012	
Maladies des dents	-	-	-	1 163	
Délivrances des bandages	4 886	5 334	7 838	6 028	
Maladies des yeux	765	315	1159	4274	
Traitement de la teigne	645	400	néant	816	
Maladies des femmes*	-	-	-	5 747	
Délivrance d'appareils orthopédiques	876	671	néant	1 707	
Maladie du larynx	-	-	-	1 600	

Bureau central. Organisation. Règlements divers. Surveillance, comptabilité, statuts (1818- 1887), AAP, 804 Foss 32/9. Les maladies des femmes sont des affections gynécologiques.*

¹² Dr NICAISE, *Le Bureau central des Hôpitaux. Rapport présenté à la société des chirurgiens des hôpitaux (...), op. cit., AAP, Foss 88.*

L'affiche suivante¹³ datée de 1871 était placardée à la porte du Bureau central et informait les patients de l'organisation des consultations spéciales. Elles étaient données par des médecins et chirurgiens nommés au concours, en attendant un poste de chef de service dans un des hôpitaux de Paris. Ils étaient indemnisés sur la base de jetons de présence¹⁴ représentant une somme assez dérisoire au regard du travail assez intensif exigé. La contrepartie était qu'ils avaient la possibilité de repérer les « cas » intéressants afin de pouvoir les faire admettre dans le service de l'hôpital dans lequel ils exerçaient par ailleurs. Les gardes au Bureau central étaient faites selon un système de « tours » entre les médecins qui s'arrangeaient entre eux pour choisir les jours où ils étaient disponibles. Il n'était pas rare du reste, qu'ils se fassent ponctuellement remplacer par un confrère en cas d'empêchement, ce que l'administration acceptait généralement.

¹³ *Bureau central. Dispensaire des hôpitaux. Consultations spéciales, 1871*, AAP, 804 Foss 32/13.

¹⁴ L'indemnité fut portée à 1000 francs par an pour les médecins et chirurgiens du Bureau central en 1883, AAP, 804 Foss 32/3.

Figure 1.
Affiche placardée au Bureau central d'admission (1871)

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

DISPENSAIRES DES HOPITAUX

Ce service est établi au **BUREAU CENTRAL D'ADMISSION, place du Parvis-Notre-Dame, n° 2.** et comprend un **Traitement externe** complet. Des **Consultations gratuites**, avec pansements et délivrance de Médicaments, sont données aux personnes nécessiteuses atteintes de maladies aiguës, chroniques ou d'affections spéciales.

Les Médicaments d'urgence sont délivrés gratuitement aux malades; les pansements sont faits, sous la direction des Médecins, par des Religieuses, avec le concours d'infirmiers et d'infirmières.

Les **Consultations** et **Traitements** ont lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous :

NATURE DES TRAITEMENTS		Noms des Médecins ET CHIRURGIENS Chargés des Services.	Jours et Heures DES CONSULTATIONS.	
TRAITEMENT externes	Consultations gratuites	Médecins & Chirurgiens du Bureau central.	Tous les jours . . de 10 à 4 h.	
	Pansement des ulcères			
	Pansements divers			
	Délivrance de médicaments			
TRAITEMENTS spéciaux	Maladies des yeux	M. le D^r PANAS, chirurgien des hôpitaux.	Lundis et vendredis . . . à 2 h.	Leçons cliniques d'ophtalmologie. Exercices de l'ophtalmoscope par M ^{lle} de Ellou.
	Maladies des femmes	M. le D^r de St-GERMAIN, chirurgien des hôpitaux.	Mardis et samedis . . . à 2 h.	Tous les samedis, leçons sur le traitement des maladies des femmes.
	Maladies du larynx	M. le D^r ISAMBERT, médecin des hôpitaux.	Mercredis à 5 h.	Leçons cliniques de laryngologie. Exercices de laryngoscope par M ^{lle} de Ellou.
	Teigne	M. le D^r TRIBOULET, médecin des hôpitaux.	Mardis et samedis . . . à 11 h.	
	Orthopédie	M. le D^r DUVAL,	Mercredis à 11 h.	
	Maladies des dents	M. le D^r DELESTRE, chirurgien-dentiste des hôpitaux d'enfants.	Lundis et vendredis . . . à 9 h.	Leçons cliniques de chirurgie et de prothèse dentaire.
	Vaccinations et revaccinations	M. le D^r Constantin PAUL, médecin du Bureau central.	Jendis à 1 h.	Vaccination avec le vaccin de gémme et avec le vaccin humain.
SERVICES particuliers	Délivrance de bandages et appareils	Chirurgiens du Bureau central.	Lundis et vendredis . . à 11 h.	
	Délivrance d'appareils et chaussures ortho- pédiques	Commission chirurgicale Commission médicale.	Mercredis à 11 h.	Les personnes qui se présentent pour la délivrance des bandages et des appareils orthopédiques, doivent être munies d'un certificat délivré par un médecin, au Bureau de l'Assistance.
	Consultations des aveugles et paralytiques.		Le 3 ^e jeudi de chaque mois. à 2 h.	
	Délivrance de bains		Tous les jours à 11 h. 1/2	
			Tous les jours à 5 h. 1/2	
Application de ventouses et électrisation	Tous les jours à 2 h.			

Paris, le 1^{er} Décembre 1871.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,
F. BLONDEL

Ainsi, peu à peu, le Bureau central se transforme : alors qu'il est conçu à l'origine comme un moyen de rationaliser les soins entre les divers hôpitaux, de faire le tri entre les patients et de les orienter au mieux vers l'hôpital, il devient à la fin du siècle une sorte de Dispensaire général de l'Assistance publique ainsi que le rappelle le titre de cette affiche (fig.1), ne permettant que ponctuellement l'entrée à l'hôpital et offrant avant tout des consultations gratuites. Les raisons de cette mutation sont multiples et sont à chercher dans les difficultés de fonctionnement d'un organisme centralisateur en définitive assez peu pratique à l'heure de l'agrandissement de la ville dans laquelle les déplacements ne sont pas toujours aisés.

Dans un contexte général d'engorgement des hôpitaux impuissants à fournir des soins à tous ceux qui le réclament, le système du Bureau central révèle en effet son inadéquation aux nouvelles réalités de la fin du siècle et se heurte à plusieurs obstacles qui expliquent sa suppression définitive en 1895. Tout d'abord, les médecins chargés du Bureau central sont dans l'ensemble fort peu rigoureux dans l'exécution de leur service de garde comme en témoignent les nombreuses plaintes du Directeur de l'Assistance publique à ce sujet : en raison soit de leur arrivée tardive, soit de leur absence pure et simple, le résultat pour les patients en est une très longue attente, qui conduit souvent au renvoi à leur domicile sans avoir obtenu le moindre avis ou la plus petite prescription médicale. Ce manque d'assiduité mène à l'envoi fréquent de remontrances du Directeur aux médecins défailants :

« Le 13 février 1894

M. le Docteur Rochard,

Je suis informé que samedi dernier vous n'avez pas fait la consultation de chirurgien du Bureau central et qu'en votre absence les admissions ont dû être prononcées sur le simple avis des externes de service. Vous savez M. le docteur qu'à cette époque de l'année la population nécessiteuse vient en nombre plus considérable aux consultations du Bureau central et qu'il peut résulter de l'absence des médecins ou des chirurgiens consultants des inconvénients graves sur lesquels il me paraît inutile d'insister.

J'appelle donc votre attention sur la nécessité de faire avec la plus grande exactitude possible votre service du Bureau central et je vous prie de vouloir bien me faire connaître les motifs pour lesquels vous vous êtes trouvé empêché de vous rendre samedi dernier au Bureau central. »¹⁵

Dans ce cas précis, les élèves externes ont pu pallier l'absence du titulaire, mais ce n'est pas toujours le cas et eux-mêmes sont sujets à de fréquents manquements dans leurs devoirs, comme le souligne cette autre lettre de plainte du directeur de l'Hôtel-Dieu témoin direct des insuffisances avec lesquelles est fait le service.

« Le 14 mai 1890

M Le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous signaler l'absence de Messieurs les externes Désiré et Billard qui étaient hier le service à la seconde consultation du Bureau central. M le Docteur Gilbert, médecin de cette consultation était également absent.

De nombreux malades attendaient dans la salle depuis midi et demi, aucun des élèves n'étant arrivé à 4h j'ai dû demander à l'Interne de garde de l'Hôtel-Dieu d'assurer le service du Bureau central. L'interne ne voulut pas d'abord, mais sur mes instances il consentit non sans me faire observer que ce n'était pas son service et qu'il était en droit de refuser !

Afin d'éviter le retour de semblables faits très déplorables j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien m'autoriser officiellement à me servir de votre autorité pour réclamer l'intervention de l'Interne de garde lorsque ces cas pourraient encore se renouveler, ce qui s'est présenté quelquefois le dimanche.

¹⁵ *Exécution du service médical : médecins et chirurgiens du Bureau central, 1873-1895, AAP, 804 Foss 32/2.*

Je vous demanderais également l'autorisation de supprimer la part proportionnellement de l'indemnité représentant les présences de MM les externes.

Baudry, directeur de l'Hôtel-Dieu. »¹⁶

Cette lettre pointe également la difficulté pour les directeurs des hôpitaux à affermir leur autorité sur le corps médical, qui s'estime indépendant de l'administration. Les sources conservées aux archives de l'Assistance publique sont muettes quant aux raisons du laxisme des médecins à effectuer leur service au Bureau central. Néanmoins on peut imaginer sans peine que les faibles indemnités perçues et les conditions de travail ingrates (beaucoup de patients, des locaux mal équipés, un simple service de « tri » entre les cas, peu gratifiant pour de jeunes médecins ambitieux) rendaient la tâche monotone pour des médecins en début de carrière, qui n'attendaient qu'un poste de praticien hospitalier titulaire.

Plus périlleux encore est le second obstacle qui se dresse face au Bureau central : des malades toujours plus nombreux se présentent directement dans les hôpitaux ; il est par conséquent de plus en plus complexe de faire admettre les patients qui arrivent du Bureau central par la suite, le nombre de lits disponibles n'étant pas infini. Les hôpitaux sont débordés. Le Bureau central, en envoyant des patients supplémentaires, en fin de journée le plus souvent, n'arrange rien. Le problème est d'ailleurs parfaitement identifié par les médecins eux-mêmes qui ne peuvent que constater le manque patent de lits d'hospitalisation. La situation est compliquée par l'antagonisme, nettement perceptible entre les médecins du Bureau central et les chefs de service des hôpitaux très jaloux de leurs prérogatives et qui supportent mal de voir leurs salles surchargées de brancards imposés par le Bureau central. Les témoignages abondent sur ces querelles entre les deux organes. On repère ainsi notamment un médecin de Lariboisière, le docteur Duguet qui semble s'être fait une

¹⁶ *Exécution du service médical : médecins et chirurgiens du Bureau central, 1873-1895, AAP, 804 Foss 32/2 (souligné dans le texte).*

réputation de refuser tout malade venant du Bureau central ou bien tel autre, intarissable sur l'incompétence des médecins du Bureau central qui n'envoient que des chroniques et des vénériens venants encombrer son service, ou au contraire des patients atteints d'affections très légères, qui occupent un lit indûment¹⁷.

Les mécontentements se multiplient. Les médecins voient leurs conditions de travail se dégrader devant le nombre croissant de brancards dans leurs salles. Les malades dont l'attente, puis le trajet entre le Bureau central et l'hôpital attribué aggravent l'état de santé se plaignent également . Il n'est pas rare que ceux-ci malgré le bon d'admission que leur délivre le Bureau central se voient refuser l'entrée à l'hôpital au prétexte que l'heure des admissions est dépassée. Les conséquences en sont parfois dramatiques, comme le rappelle cette lettre de maladroite justification du directeur de Beaujon adressée au secrétaire général de l'Assistance publique :

« Paris, le 27 février 1849

M. le Secrétaire général,

Je viens vous donner des renseignements précis que vous avez bien voulu me demander sur l'accident survenu dans le trajet du Bureau central à l'hôpital Beaujon à l'enfant de la veuve Guillot.

[Elle fut reçue le 19 février au Bureau central - elle avait accouché le 15 - de 2h ½ à 4h où on lui délivra un bon d'admission pour l'hôpital Beaujon.]

Elle revint le lendemain affirmant avoir été refusée à l'hôpital Beaujon parce que l'heure des entrées était passée et M. Tessier mon honorable collègue lui donna de nouveau un billet le jeudi 20 de 10h

¹⁷ « Nous serons sobres de réflexions au sujet de ces récriminations, que reprochent en effet au Bureau central MM. les médecins et chirurgiens de l'hôpital Beaujon. De laisser vides une grande partie des lits qui lui sont adressés tous les jours, ou de les remplir par des vénériens qui ont caché leur mal ou simulé d'autres maladies, ou par des personnes assez légèrement incommodées pour que l'on puisse considérer leur séjour à l'hôpital comme une dépense, sans nécessité suffisamment justifiée. » Réponse à une lettre du 3 novembre 1851 des médecins et chirurgiens de Beaujon, Renseignements divers, AAP, 804 Foss 32/15 (souligné dans le texte).

à 11h ½. C'est dans ce trajet que l'enfant de cette malheureuse est mort de froid, dit-on.

Lorsque ce fait me fut signalé le lendemain par le porteur du mouvement de Beaujon, je témoignai nettement mon étonnement que l'on eut à l'hôpital le 1^{er} jour interprété la lettre et non l'esprit du règlement sur les entrées, et j'exprimai la pénible impression que me causait cet accident à moi, père de famille.

[Il mentionne un autre événement de même nature en janvier de la même année]

Dans l'un et l'autre cas, le médecin du Bureau central a cherché deux fois à mettre les malades à même de profiter des soins de l'administration, et dans l'autre l'hôpital Beaujon a refusé parce que les malades reçus à 3h ou 3h ¼ au Bureau central sont arrivés à Beaujon après 4h.

Signé Béhier »¹⁸

La mort n'est pas la conséquence systématique du mauvais fonctionnement du Bureau central, mais les allers et venues entre ce dernier et les hôpitaux sont très fréquents et bien souvent la cause de l'aggravation de l'état des malades.

Bref, le système instauré en 1801 ne joue plus son rôle et apparaît caduc à la fin du siècle. À plusieurs reprises en effet, il est question de le supprimer comme en 1877, date de l'ouverture du nouvel Hôtel-Dieu beaucoup plus petit que l'ancien, trop exigü pour loger les locaux du Bureau central. Une mission composée de trois inspecteurs de l'Assistance publique Isnard, Laurand et Brelet, est chargée à la fin de 1878 par le directeur de l'Assistance publique de réfléchir sur l'utilité réelle du Bureau central. Dans leur rapport, ils dénoncent que dans l'état actuel des choses, les médecins du Bureau central se bornent essentiellement à rédiger des certificats d'infirmité et à distribuer quelques rares lits d'hôpitaux fustigeant ainsi leur inutilité.

¹⁸ *Bureau central. Renseignements divers, AAP, 804 FOSS 32/15.*

« Il n'est plus qu'un simple bureau de renseignements. Il peut et il doit être une œuvre hospitalière. Il faut qu'il donne d'abord au malade qui le réclame le secours de l'hôpital, quand il peut disposer d'un lit, mais il faut qu'il fasse plus. Il faut qu'il offre au malade qu'il ne peut placer à l'hôpital un adoucissement immédiat à ses souffrances, soit par l'application d'un pansement, ou la délivrance d'un médicament soit par l'allocation d'un secours minimum en argent lorsque la misère ou l'absence de soutiens naturels rendent si pénibles pour lui un ajournement ou un refus (...) Et d'abord, le titre même de l'Institution que nous examinons, ce titre de Bureau central d'admission n'a plus aucun sens pratique. Il n'est pas un Bureau central d'admission puisque ce n'est qu'exceptionnellement qu'il prononce des admissions dans les hôpitaux. Sur 100 000 malades reçus chaque année, 90 000 reçoivent leur entrée directement aux consultations locales (...) Ce service, tel que nous le comprenons, tel que nous le souhaitons voir transformé, est à proprement parler un Dispensaire général de l'Assistance publique. »¹⁹

Les inspecteurs se prononcent alors pour la transformation du Bureau central en un service de traitement externe qui contribuerait à alléger les services de consultation des hôpitaux et fournirait simplement des bandages et des prothèses pour les infirmes ; parallèlement il continuerait à envoyer les patients les plus gravement atteints par un système d'ambulance collective, avec des places assises et couchées en direction des divers hôpitaux. Ceux-ci bénéficiant d'une liaison télégraphique pourraient désormais envoyer un compte exact de leurs lits disponibles en temps réel. La réforme proposée est assez mince et n'est pas appliquée ; les dysfonctionnements perdurent. Les plaintes concernant l'encombrement des hôpitaux se multiplient à tel point que Léon Le Fort²⁰ en 1885 suggère une augmentation du nombre de lits

¹⁹ « Rapport des inspecteurs du Conseil de Surveillance Isnard, Laurand, et Brelet daté du 12 décembre 1878 », *Projet de suppression du Bureau central d'admission*, AAP 804 Foss 32/11.

²⁰ Léon Le Fort est un chirurgien des hôpitaux. Il est notamment l'auteur *Notes sur quelques points d'hygiène hospitalière en France et en Angleterre* (1862) et d'un ouvrage sur *les maternités et les institutions d'accouchement à domicile* (1866).

d'hospitalisation, ce qui reconnaît-il n'est pas possible du jour au lendemain. Il propose une mesure plus radicale, permettant de décongestionner rapidement les hôpitaux et de soulager le Bureau central :

« Il faut diminuer le nombre des postulants. Je crois en l'efficacité du secours pécuniaire et j'ai beaucoup de tendance à croire que si on sait éviter l'abus, l'administration y trouverait une économie pécuniaire même quand on porterait le taux à 1 f. 50

Cette indemnité permettrait de nous débarrasser de beaucoup d'infirmités et d'incurables.

J'ajoute que si on accélérât la délivrance des bons d'appareils, si on ne laissait pas 2 ou 3 mois dans nos salles des malades dont nous avons demandé le placement, nous activerions le mouvement de renouvellement des malades et nous ne manquerions pas de lits pour ceux qui ont vraiment à profiter de nos soins »²¹

Bref c'est toute la procédure d'hospitalisation qu'il faut revoir : si le docteur Le Fort n'est pas entendu, le Bureau central est pourtant définitivement supprimé en octobre 1895, et remplacé par un système de circonscriptions hospitalières²² plus adéquat devant la généralisation massive de l'admission directe dans les hôpitaux. La fin de l'institution du Bureau central est du reste la marque de cette médicalisation croissante des hôpitaux, accompagnant leur sécularisation. L'existence d'un organe de contrôle centralisé, justifiant une répartition plus rationnelle entre l'offre et la demande de soin ne coïncide plus avec les nécessités démographiques de la capitale à la fin du siècle ; de plus les patients eux-mêmes victimes de l'attente supplémentaire imposée par les absences des médecins du Bureau central ont rapidement compris que leur meilleure chance de se faire admettre était de se rendre directement dans les hôpitaux, les consultations données étant souvent prioritaires sur les

²¹ « Lettre de Léon Le Fort à la suite de la circulaire du 30 décembre 1885 », *Réorganisation de la consultation dans les hôpitaux et du Bureau central*, AAP 804 Foss 32/16.

²² Les circonscriptions hospitalières sont au nombre de 15. Et chaque hôpital se voit attribuer un ou plusieurs arrondissements. Il faut habiter ces arrondissements pour avoir le droit de consulter ou d'être admis dans l'hôpital de sa circonscription. Voir la carte en annexe.

obligations de service du Bureau central. C'est ce qui explique le succès croissant des consultations externes dans les hôpitaux. Celles-ci ont lieu le plus souvent le matin mais on peut également être admis d'urgence en-dehors de ces horaires de consultation, « cas qui se présente souvent le soir »²³ par l'interne de garde qui en réfère au Directeur. Dans les registres d'entrée la mention venant du Bureau central est faite – on écrit BC à côté du numéro d'admission – mais rien ne distingue les admis en urgence et ceux hospitalisés à la suite d'une consultation.

Les consultations gratuites dans tous les hôpitaux existent en effet depuis 1825²⁴. Les salles de consultation sont situées à l'entrée de l'hôpital et sont ouvertes tous les jours. En moyenne, 80 adultes et 90 enfants sont reçus par jour, mais tous ne sont pas admis. Ainsi des consultations dentaires ont lieu certains jours de la semaine à Tenon (les mardi et jeudi), Lariboisière et l'Hôtel-Dieu. Semblablement des consultations pour les yeux, pour le nez et les oreilles, ou pour les femmes enceintes sont ouvertes au public. Au total le nombre d'admission varie entre 40 et 60 personnes par jour. La délivrance de bains, de ventouses, de pansements assurent également le succès de la consultation.

D'après les chiffres donnés par le directeur de l'Hôtel-Dieu pour 1900, ce sont plus fréquemment les consultations de médecine que de chirurgie qui entraînent les hospitalisations. La cause la plus vraisemblable en est que les consultations chirurgicales habituelles visent dans leur majorité à délivrer et à installer des appareils orthopédiques, ou à s'assurer du suivi d'une opération plutôt que d'examiner des patients qui nécessitent une intervention d'urgence. Les hommes viennent plus volontiers aux consultations comme le montrent les

²³ *Réponse à la circulaire relative aux admissions des malades dans les hôpitaux, 4 juillet 1885*, AAP 804 Foss 32/16.

²⁴ *Arrêté du 14 décembre 1825*, « Art. 1^{er}. Des consultations gratuites et des traitements externes seront établis dans tous les hôpitaux où il n'en existe pas encore et dans les hospices où les localités le permettent... (...) Art. 5. Les consultations gratuites auront lieu après la visite des malades de l'établissement et avant neuf heures du matin. Elles seront données dans un local séparé et disposé de manière que ceux qui y sont admis ne puissent s'introduire dans les autres parties de la maison... » HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux (...)*, op. cit., p. 214.

chiffres suivants : un homme sur trois (34%) se présentant à la consultation de médecine ou de chirurgie est hospitalisé contre une femme sur cinq environ (22%). En proportion, ils sont cependant moins souvent admis que les femmes en chirurgie. On peut émettre l'hypothèse²⁵ que la maternité et ses suites est un des facteurs d'hospitalisation qui explique cette nuance.

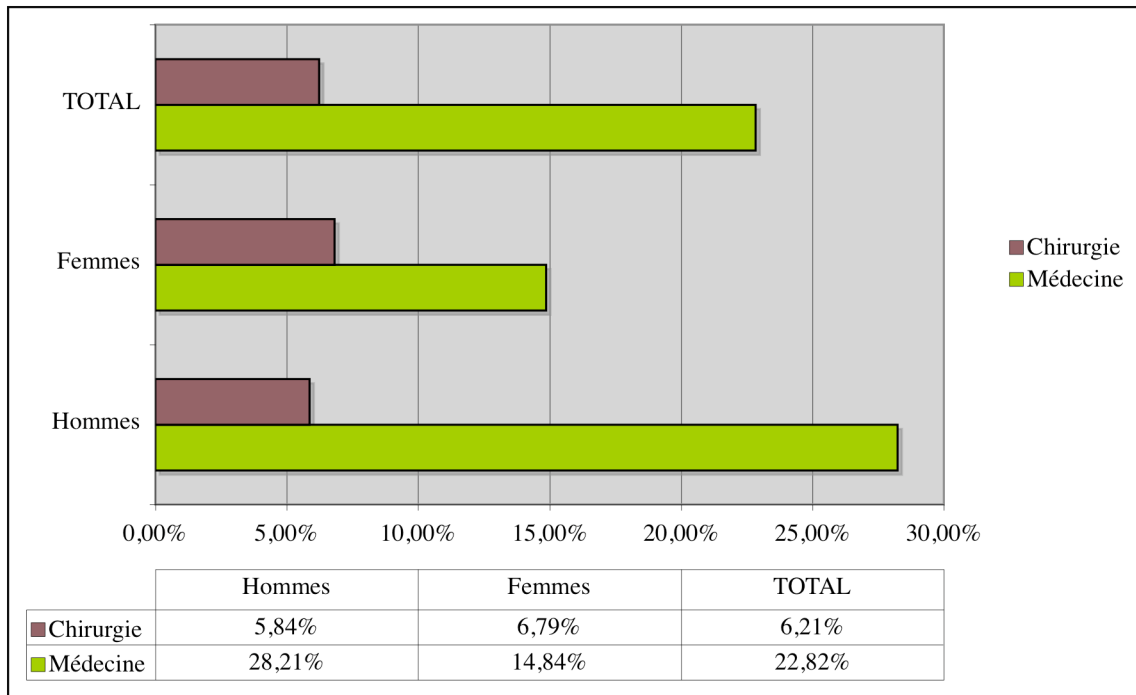
Tableau 2.
Consultations à l'Hôtel-Dieu
pour l'année 1900

		Consultations	Dont admis à l'hospitalisation
Médecine	Hommes	12 547	3 540
	Femmes	8 459	1 255
	Ensemble	21 006	4 795
Chirurgie	Hommes	14 125	825
	Femmes	9 006	612
	Ensemble	23 131	1 437
Total		44 137	6 232
	Ophtalmologie	18 505	-
	Service dentaire	5 468	-
	Nez et oreilles	3 125	-

Historique des établissements de l'année 1900, AAP, D-292.

²⁵ Voir *infra*, chap. VI.

Graphique1.
Pourcentage des patients admis à l'Hôtel-Dieu
en 1900 par les consultations externes



Historique des établissements de l'année 1900, AAP, D-292.

Au moment de l'admission, on rédige les pièces suivantes²⁶ : un bulletin d'admission signé par le chef de service ou un interne, bulletin qui reste au bureau de la direction, un billet de salle ou pancarte suspendu au lit du malade, une fiche de renseignements pour l'administration pour enquête en vue de recouvrement des frais de séjour s'il y a lieu, une feuille d'inventaire avec la liste des effets du malade qui accompagne le paquet envoyé au vestiaire général. Le malade est également inscrit sur le registre des entrées et sur un répertoire alphabétique²⁷

²⁶ LORY, *Rapport sur les services de l'hôpital Tenon en exécution de la circulaire du 5 février 1904*, AAP, D-80.

²⁷ Ce sont ces registres et ces répertoires qui ont été conservés. Le reste a disparu.

3. Une légende de l'hôpital ?

Au-delà de l'insuffisance chronique de lits hospitaliers à Paris que ne parvient pas à enrayer la construction de nouveaux établissements, la tendance d'un recours de plus en plus banalisé à l'hôpital apparaît comme une évidence. Les chiffres de fréquentation des consultations le soulignent et le nombre des admissions s'envole sur la fin du siècle.

L'encombrement des hôpitaux explique en partie pourquoi les médecins ne voient pas d'un très bon œil arriver les malades du Bureau central. Mais il est également significatif d'un succès de l'hôpital qui ne se dément pas.

« Il y a encore aujourd'hui des gens qui gardent pour l'hôpital sinon cette impression d'horreur, du moins une répugnance instinctive très prononcée et je parle des gens de classe pauvre pour qui l'hôpital est la ressource indiquée en cas de maladie. A la vérité, ils ne font pas nombre à Paris. La clientèle des hôpitaux va toujours en augmentant ; la prévention ancienne disparaît de jour en jour. Et même toute une catégorie de gens auxquels les hôpitaux ne sont pas expressément destinés apprécient justement les soins qu'on y reçoit ; et ce public d'employés, de petits commerçants, de petits rentiers en a appris le chemin. Ceux-là ont un domicile suffisant la plupart du temps pour y être soignés, mais ils lui préfèrent l'hôpital où ils trouvent un lit pour une maigre indemnité, ou de simples consultations pour rien. Et ils en usent avec une parfaite indiscrétion. »²⁸

Ainsi les Parisiens de tous les horizons sociaux et non plus seulement les plus démunis ne craindraient plus l'hôpital et s'y rendraient d'autant plus volontiers que les soins dispensés sont gratuits ou presque. La validité de ces

²⁸ Dr BOUCHINET « La vie aux hôpitaux », *Le Monde moderne*, février 1897, pp 212-221, Archives de Paris, *Collection Blondel*, D2Z 1, *Topographie de la banlieue, Assistance publique*.

assertions est d'ailleurs vérifiable : il suffit de constater l'afflux incessant de patients se présentant aux consultations et qui viennent encombrer les salles de malades au-delà de leur capacité initiale, encombrement qui irrite notablement les chefs de service. À titre d'exemple, on peut mentionner le nombre des brancards - des lits de sangle qui sont installés dans les couloirs et au milieu des salles - dans les services de médecine et de chirurgie de l'Hôtel-Dieu en 1885, mais le constat est le même dans tous les autres hôpitaux de la capitale. Il s'agit d'une année sans événement épidémique notable et le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département note qu'« en 1885, la mortalité épidémique dans l'ensemble du département de la Seine a été remarquablement faible »²⁹. On peut souligner cependant une légère pointe de patients décédés des suites de la rougeole, tandis que les décès par diphtérie et par fièvre typhoïde demeuraient à leur niveau habituel. Le choléra en revanche après l'épidémie de 1884 était en net recul ainsi que la diphtérie et la coqueluche. Les cas de variole et de scarlatine enfin connaissaient un petit sursaut mais dans des proportions assez faibles. Dans ces conditions le surpeuplement des services de médecine et de chirurgie ne s'explique que parce que les populations recourent de plus en plus massivement à l'institution hospitalière. Le tableau 3 suivant donne des chiffres éclairants, et qui permettent de prendre la mesure de ce surpeuplement des salles.

²⁹ *Rapport général sur les travaux d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine (1884-1886)*, Paris, imprimerie Chaix, 1889, p. 275.

Tableau 3.
Brancards au 10, 20, 30 des
mois d'octobre 1884, janvier, avril
et juillet 1885 à l'Hôtel-Dieu

		Médecine		Chirurgie	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1884	10 octobre	56	9	7	-
	20 octobre	52	19	13	-
	30 octobre	48	22	4	-
1885	10 janvier	57	20	6	-
	20 janvier	66	29	21	4
	30 janvier	55	31	14	1
	10 avril	53	25	8	-
	20 avril	53	16	8	-
	30 avril	63	16	14	-
	10 juillet	26	16	13	3
	20 juillet	25	15	22	3
	30 juillet	37	29	18	-

Réorganisation de la consultation dans les hôpitaux et au Bureau central, 1885-1895, AAP, 804 Foss 32/16.

Dans certains services, le nombre de brancards est même parfois supérieur au nombre de lits³⁰ : le travail des soignants, médecins et infirmiers en est singulièrement compliqué, les déplacements moins aisés. La chaleur, les odeurs, le bruit accru rendent les conditions d'hospitalisation assez pénibles. Les risques de contagion entre les patients sont en outre un danger parfaitement

³⁰ « L'encombrement constant de nos services, encombrement tel que dans certaines salles, le nombre des lits supplémentaires est supérieur à celui des lits réglementaires, présente de graves inconvénients. L'agglomération de 75 ou 80 malades dans des salles de 38 lits, la présence parmi ces 80 malades de 30 ou 40 tuberculeux, font de certains de nos services un foyer permanent d'infection dans lequel les malades atteints de maladies aiguës se trouvent dans des conditions hygiéniques les plus mauvaises et sont condamnés à séjourner dans un milieu où non seulement ils perdent toutes les chances de guérison, mais où ils risquent de contracter une autre maladie que celle pour laquelle ils sont venus se faire soigner. », *Historique pour l'année 1900, Hôpital Lariboisière, AAP, D-292.*

perçu par les soignants. La confiance dans l'institution doit donc être particulièrement bonne pour que les individus persistent à se rendre à l'hôpital.

Louis Gallet, le directeur de Lariboisière au milieu des années 1880 n'explique pas autrement le succès de son hôpital lorsqu'il évoque une sorte de légende au sein des classes populaires environnantes :

« On sait avec quelle force les légendes s'imposent à la foule et quelle influence elles conservent à travers les temps et les faits. Or Lariboisière a eu sa légende, dont les traits ne se sont pas effacés de la mémoire des Parisiens.

À peine ouvert, on le donnait comme le plus parfait des installations hospitalières ; les gouvernements étrangers exprimaient le désir d'en connaître et d'en appliquer les dispositions. (...)

Elle [*la population*] en retint seulement que l'hôpital Lariboisière était un hôpital à part, installé dans des conditions exceptionnellement favorables, desservi par les chefs de service les plus remarquables ; partant que ce devait être nécessairement l'hôpital « où l'on guérissait le mieux. »³¹

La population avait-elle intégré que les progrès récents de la médecine en matière d'antisepsie et d'asepsie se diffusaient rapidement dans les hôpitaux ? Il est difficile de le savoir mais le sentiment diffus que les soins dispensés à l'hôpital permettaient un plus prompt rétablissement était, sinon répandu, du moins facile à vérifier. Louis Gallet poursuit, en mettant en avant l'argument de la réputation des grands praticiens :

« Et les malades y accoururent alors pour solliciter les soins des docteurs Pelletan, Becquerel, Horteloup, Hervé, Pidoux, Tardieu, Voillemier, Hérard, Chassaignac, Bourdon, Oulmont, Duplay, Cusco, Verneuil, etc... avec un empressement qu'une période de trente années n'a pas affaibli et que démontre encore le nombre exceptionnel de malades attirés par la renommée consacrée ou

³¹ GALLET L., *Un grand hôpital parisien en 1886. L'hôpital Lariboisière*, Paris, Steinheil, 1889, p. 24.

naissante des docteurs Siredey, A. Proust, Constantin, Paul, Bouchard, Duguet, Duplay, B. Anger, Gerin-Roze, Pinard, Périer, Delens, chefs du service médical de cet établissement pendant l'année 1886. »³²

Le succès de l'hôpital est donc visible à la très forte fréquentation dont il est l'objet. Cela vient remet en cause le cliché très répandu, dans les classes supérieures, de l'hôpital comme lieu de la dernière extrémité. Manifestement, La perception d'un service médical plus performant est à l'œuvre.

B. Vers une plus grande efficacité des services hospitaliers ?

Le succès de l'hospitalisation dans la population parisienne et au-delà nécessite une organisation rationalisée du travail à l'intérieur de l'hôpital : l'analogie entre l'hôpital et l'usine à l'heure de la seconde industrialisation prend véritablement tout son sens. Lariboisière, Tenon ou le nouvel Hôtel-Dieu sont des établissements généraux, vastes et dans lesquels les tâches sont identifiées, et réduites autant que possible à un espace particulier. Cette rationalisation de l'organisation du travail passe également par une professionnalisation et une hiérarchisation accrue des personnels hospitaliers. On peut se demander enfin dans quelle mesure l'hôpital à Paris à la fin du siècle est encore à l'avant-garde de la recherche médicale ou s'il ne fait que répercuter des découvertes faites ailleurs.

³² *Ibid.*

1. La spécialisation progressive des services hospitaliers

Les services de malades dans les trois hôpitaux sont de plus en plus distingués. La classique séparation hommes-femmes perdure mais on isole désormais certaines catégories de patients. L'idée issue des conceptions hygiénistes que la maladie et sa transmission s'effectuent à l'hôpital, est une opinion partagée par bon nombre de médecins. En conséquence les services se spécialisent de plus en plus afin d'éviter les mélanges entre les contagieux et les autres. À son ouverture en 1854 l'hôpital Lariboisière³³ compte six services de médecine, y compris un service d'accouchement et deux services de chirurgie, tout comme l'hôpital de Ménilmontant³⁴ un quart de siècle plus tard. Les deux hôpitaux sont du reste très comparables en termes d'effectifs : Lariboisière est prévu pour 606 lits et 28 berceaux, Tenon renferme 587 lits et 48 berceaux. Dans les deux cas, ces services se répartissent sur une trentaine de salles. Ces chiffres ne tiennent pas compte des lits supplémentaires et brancards ajoutés en cas d'épidémie ou d'afflux de patients. Pour le nouvel Hôtel-Dieu, les chiffres sont légèrement inférieurs³⁵, tant le projet a constamment été revu à la baisse en termes de lits budgétaires, mais il est, tout comme Tenon et Lariboisière, victime d'une surcharge endémique de patients qui explique que sa capacité augmente de près de moitié au tournant du siècle. En 1900, on compte 447 hommes et 318 femmes dans les différents services de médecine, de chirurgie et de maladie des yeux, auxquels il convient de rajouter 63 berceaux et 6 lits de crèche, correspondant à un total de 828 lits. À ces chiffres, il faudrait

³³ Administration de l'Assistance publique, *Notice sur l'hôpital Lariboisière ouvert à Paris en 1854*, Paris, P. Dupont, 1863, AAP, D-153.

³⁴ LORY, *Rapport sur les services de l'hôpital Tenon en exécution de la circulaire du 5 février 1904*, AAP, D-80.

³⁵ Les chiffres mentionnés par les rapports de l'Assistance publique sur l'achèvement du nouvel Hôtel-Dieu donnent le chiffre de 458 lits, voir AAP, 9L99.

additionner les lits des bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu qui subsistent sur la rive gauche sous le nom d'Hôtel-Dieu Annexe jusqu'en 1908.

À côté du service proprement médical les hôpitaux sont également de lourdes machines administratives et comportent de nombreuses fonctions annexes indispensables à leur bonne marche. Le personnel administratif se partage en services de direction et en services généraux. La direction de l'hôpital est assurée par un directeur - assisté d'un rédacteur³⁶ - et par un économiste, eux-mêmes aidés de plusieurs agents administratifs ou hospitaliers auxquels viennent s'ajouter du personnel supplémentaire justifié par les nécessités du service. Ainsi à l'hôpital Tenon en 1904 l'inspecteur Lory n'est-il pas surpris de voir qu'en plus des cinq agents qui assistent d'ordinaire le directeur il faille ajouter cinq autres personnes dont « un surveillant figurant à l'état d'organisation comme attaché au service de consultation, deux brancardiers portés à l'état au service des malades, et deux hommes de service empruntés à la salubrité »³⁷. Il relève en outre l'inconvénient que représente l'emploi de surveillants qui sont dans l'établissement depuis très longtemps : « souvent, ils ont mis au courant du service le rédacteur sous les ordres duquel ils sont placés et ainsi ce dernier n'a pas toujours sur eux l'autorité nécessaire »³⁸. Les tâches habituellement confiées au directeur sont celles qui concernent le service des malades en général à savoir les admissions et les sorties, les naissances et les décès, les oppositions aux autopsies, les secours en argent délivrés par l'hôpital, les dossiers d'accidents du travail, les plaintes éventuelles. Parallèlement il doit se charger de toutes les affaires relatives au personnel, aux travaux des bâtiments, à la correspondance avec l'administration centrale. L'économiste qui travaille sous ses ordres est plus particulièrement responsable de l'approvisionnement de l'hôpital et de la tenue de la comptabilité en matières et en deniers de l'établissement. L'ensemble des

³⁶ Le rédacteur a la garde des archives et doit veiller à leur bonne tenue.

³⁷ LORY, *Rapport sur les services de l'hôpital Tenon en exécution de la circulaire du 5 février 1904*, AAP, D-80.

³⁸ *Ibid.*

missions de direction dans un hôpital implique des qualités d'autorité mais aussi de diplomatie, qui requièrent des hommes mesurés, sachant régler au mieux des situations conflictuelles : « les admissions et les sorties de malades, les rapports avec un public difficile réclament des qualités qu'on est en droit d'exiger de futurs candidats aux fonctions d'économiste et de directeur. »³⁹ Le personnel administratif est généralement logé dans l'établissement et les services de la direction situés en façade, symbolisent l'autorité de la fonction puisqu'ils voient défiler tout nouveau visiteur.

Les services généraux enfin sont des services annexes indispensables au fonctionnement de l'ensemble de la machine hospitalière. Ils se caractérisent par une grande diversité : toute une intendance est à l'œuvre comme le montre l'organisation de la lingerie⁴⁰ dans laquelle sont entreposés et réparés les vêtements pour les malades, les draps mais aussi les pansements, qui sont confectionnés sur place. Lariboisière et Tenon possèdent en outre leur propre service de buanderie ; à l'inverse l'Hôtel-Dieu fait blanchir son linge⁴¹ par la buanderie de la Salpêtrière au rythme de deux livraisons par semaine. Ces services sont essentiels et contribuent à l'hygiène de l'établissement en facilitant les rotations de la literie et des camisoles pour les patients, le remplacement des linges servant aux soins, mais également celui des uniformes que les règlements prescrivaient à l'ensemble des personnels soignants et de service. On y porte ainsi une grande attention : les produits utilisés pour le lavage et le blanchiment sont contrôlés et la qualité des linges en usage est également l'objet de vérifications nombreuses. Le directeur de Lariboisière, particulièrement zélé dans la rédaction des *Historiques* annuels de l'établissement, se plaint très régulièrement de la mauvaise qualité des draps de coton qui viennent remplacer les draps de toile.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ « La lingerie occupe la moitié du rez-de-chaussée, avec une grande pièce à deux rangées de casiers superposés, et ses salles de distribution, de pliage et de raccommodage. », *Notice sur l'hôpital de Ménilmontant*, Paris, imprimerie Grandrémy et Henon, 1878, AAP, C-4669, p. 6.

⁴¹ Il existe cependant « une petite buanderie pour le linge à pansements, les effets des malades, les effets de succession, les layettes, les tabliers et les blouses des serviteurs », *L'Assistance publique en 1900*, Paris, 1900, p. 374.

« Le linge de coton mis en service donne de forts mauvais résultats. Si la substitution au linge de toile a pu produire une économie, cette économie ne sera que momentanée. Le remplacement du linge de coton s'imposera à brève échéance et entraînera l'administration dans de lourdes dépenses.

Ce linge ne dure pas, il est d'aspect sale, il est désagréable au toucher, et les tâches y laissent des traces indélébiles. Une somme de 80 à 100 000 francs serait nécessaire pour reconstituer une réserve égale à celle que prévoient les devis du coucher, linge, etc... »⁴²

Il est aussi très soucieux de la tenue irréprochable de son personnel et regrette que les infirmières ne soient pas toujours en uniforme en raison de l'insuffisance du linge malgré l'installation d'une nouvelle buanderie plus vaste et plus performante à Lariboisière en 1906 :

« Les magasins sont tenus mais certains objets de linge encore insuffisants comme nombre, l'habillement surtout fait défaut et il est en conséquence impossible de faire face aux exigences du service. Il n'est pas rare de voir nos infirmières conserver leurs vêtements particuliers, le personnel n'y gagne pas en prestige. »⁴³

On comprend que l'aspect hygiénique est sans doute au second rang des préoccupations de ce directeur devant des considérations protocolaires qu'il s'agit de souligner auprès de sa hiérarchie.

Les cuisines, les bains, les magasins, la pharmacie sont d'autres éléments de cette formidable organisation. La pharmacie, que dirige un pharmacien en chef, nommé au concours et assisté d'une dizaine d'élèves témoigne des progrès de cette science : les bâtiments comportent généralement une salle de distribution des tisanes, des offices, le laboratoire, des magasins et des logements pour les surveillants et le pharmacien. Les cuisines sont un autre élément non moins important du dispositif : la nourriture de tout l'établissement y est

⁴² *Historique pour l'année 1900, Lariboisière, AAP, D-292.*

⁴³ *Historique pour l'année 1906, Lariboisière, AAP, D-298.*

confectionnée et fait partie intégrante de la guérison. Les bâtiments sont vastes, et modernisés au fur et à mesure : la cuisine à proprement parler où les mets sont préparés et cuits est la pièce principale, mais elle est souvent complétée par une série d'offices, de salles d'épluchages et de magasins. Les réfectoires achèvent l'appareil. La laïcisation a été l'occasion à Tenon et à Lariboisière de récupérer les anciens locaux de la communauté pour agrandir les réfectoires du personnel. Le cas se produit également plus tardivement à l'Hôtel-Dieu.

Quant au service des bains, il est situé à la périphérie de l'édifice dans un local qui soit facilement accessible de l'extérieur : en effet ils sont majoritairement destinés à un public étranger⁴⁴ à l'hôpital qui s'y rend sur prescription médicale, délivrée le plus souvent par les Bureaux de bienfaisance. De 30 à 40 000 bains sont donnés chaque année par les hôpitaux sous des formes différentes comme le montre le tableau suivant qui concerne l'année 1900 à Tenon.

Tableau 4.
Bains donnés à l'hôpital Tenon en 1900

	Malades hospitalisés	Chambres syndicales	Malades externes	TOTAL
<i>Sulfureux</i>	6 153	4 874	33 681	44 708
<i>Amidons</i>	4 042	-	1 448	5 490
<i>Alcalins</i>	2 932	-	1 866	4 798
<i>Simplex</i>	1 610	-	3 033	4 643
<i>Salés</i>	18	-	132	150
<i>Vapeur</i>	2	-	102	104
<i>Savon</i>	-	-	-	-
<i>Sublime</i>	-	-	18	18
<i>Douches</i>	2 221	-	20 051	22 272

Historique de l'hôpital Tenon pour 1900, AAP, D-292.

⁴⁴ Excepté à l'Hôtel-Dieu où le service des bains est exclusivement destiné aux malades soignés à l'hôpital. Voir *L'Assistance publique en 1900, op. cit.*, p. 374.

Il est remarquable de constater que des chambres syndicales ont obtenu le droit pour les membres de certaines professions de prendre des bains sulfureux : ainsi voit-on à Tenon se baigner des peintres en bâtiment, des coupeurs de poils de lapin, les dimanches matins qui leur sont réservés.⁴⁵ C'est sans doute l'indice d'une pénibilité reconnue de types d'activité bien précis ou du moins de la prise en compte du danger représenté par certains produits dans des professions à risques. À moins qu'il ne s'agisse uniquement du résultat assez mince en définitive des luttes de certaines chambres syndicales particulièrement pugnaces.

Le service des morts apparaît aussi comme faisant partie des services annexes à la jointure du monde des soins et de celui du dehors. L'accent est davantage mis semble-t-il sur l'éloignement de la morgue et des bâtiments d'autopsie. Serait-ce le signe d'un nouveau rapport à la mort ? On trouve dans les trois hôpitaux considérés des salles de repos pour les morts ainsi qu'une chapelle. Un oratoire protestant est également à la disposition des visiteurs et des malades à l'hôpital Tenon. Une salle de dissection pour les autopsies et une autre réservée aux études microscopiques sont aussi prévues. Enfin, une ouverture spéciale permettant la sortie des convois funèbres en toute discrétion⁴⁶ témoigne d'un respect nouveau de la famille des décédés à l'hôpital.

⁴⁵ *Historique pour 1894, Tenon, AAP, D-286.*

⁴⁶ « La sortie des corps ainsi que l'entrée et la sortie des familles qui assistent aux cortèges funèbres se fait par la cour et une porte qui débouchent rue de la Cité (...) or cette cour sert également de réceptacle au charbon, mâchefer et ordures de toutes sortes ainsi qu'au chargement du linge sale. Tout cela n'est pas digne de la capitale. » mentionne également une délibération du conseil municipal en 1909, à propos des améliorations à apporter à l'Hôtel-Dieu, révélant à nouveau cette révérence par rapport aux morts. AAP, 9L99, *Hôtel-Dieu* « Hygiène et salubrité ».

2. *Un personnel de plus en plus qualifié*

Le personnel médical des hôpitaux généraux considérés est de plus en plus nombreux et spécialisé. En 1900, le service de santé de l'Hôtel-Dieu compte 120 personnes dont 8 médecins, 3 chirurgiens, un médecin et un chirurgien consultants, un accoucheur et 4 sage-femmes, et enfin un pharmacien. Les chiffres pour Lariboisière et Tenon sont comparables : 116 personnes (dont 6 médecins et 4 chirurgiens, un accoucheur et un dentiste) pour le premier, 111 pour le second (dont 8 médecins, 3 chirurgiens, un accoucheur). Ces postes de praticiens hospitaliers sont obtenus au concours, juste après lequel ils effectuent un passage plus ou moins bref au Bureau central en attendant qu'un poste se libère dans un établissement. Le concours spécial pour les accoucheurs des hôpitaux date de 1882. Chaque médecin ou chirurgien chef est responsable d'un service de l'hôpital, lui-même divisé en plusieurs salles. Celles-ci ne sont du reste pas toujours situées dans le même bâtiment : ainsi par exemple, le docteur Duguet, chef de service en médecine à Lariboisière est-il chargé des salles Grisolle (côté hommes c'est-à-dire dans les bâtiments de droite en entrant) Bernutz (côté femmes, à gauche) et de baraquements destinés aux contagieux situés dans la cour de l'établissement (M₁₆ sur le plan, côté gauche, entre les bâtiments des hommes et la rue de Maubeuge.) Les médecins sont tenus de visiter quotidiennement leurs malades, le matin le plus souvent, mais certains directeurs se plaignent que la visite n'est pas assez régulièrement faite⁴⁷. Les rapports avec l'administration sont d'ailleurs assez froids, franchement hostiles. Les médecins et chirurgiens s'estiment en effet au-dessus d'une administration qui ne fait que les indemniser, et à qui ils ne doivent pas leur poste . Aussi se

⁴⁷ « Les consultations ont été faites très régulièrement aux jours fixés mais non réglementairement pour la plupart. Certains médecins et chirurgiens ne la font pour ainsi dire jamais et délivrent ce soin à leur interne. D'autres la commencent mais ne la finissent pas. Deux médecins et un chirurgien la font seuls complètement et toujours. » *Historique pour 1893, Lariboisière*, AAP, D-285. La même mention est faite dans les mêmes termes l'année suivante.

sentent-ils peu tenus dans l'exercice rigoureux et ponctuel de leur service. Les *Historiques* en témoignent :

« M. Le Dr Landrieux ne boude plus. Seul M. le Dr Duguet pour les motifs que vous connaissez persiste à traiter par correspondance toutes les questions d'ordre administratif. Toutefois, ses relations avec l'économiste continuent à être empreintes de la plus grande correction. »⁴⁸

Le docteur Duguet déjà évoqué pour son opposition avec le Bureau central, est également en conflit avec une administration qu'il tient manifestement en faible estime. Parfois même cette indépendance du corps médical confine aux limites de l'indiscipline lorsque, tirant avantage – qu'on imagine financier – de leur situation, ils usent ainsi du cadre hospitalier :

« Je crois devoir signaler qu'à côté de ces consultations officielles, un certain nombre de chefs de services se croient autorisés à faire dans leurs salles des consultations particulières. Les efforts faits pour remédier à cet état de choses sont restés vains. »⁴⁹

Ces tensions perceptibles entre le corps médical et l'administration, pour lesquelles nous n'entendons que la voix de cette dernière, sont inhérentes à la coexistence dans un même lieu de personnels de formation différentes, et dont les objectifs sont quelquefois peu compatibles : alors qu'il s'agit pour les uns de gérer au mieux la demande croissante pour une offre hospitalière perpétuellement en déficit, il n'est pour les autres que le moyen de « faire carrière », éventuellement en cherchant à recueillir les fruits que la position hospitalière leur offre.

Les élèves externes et internes en médecine, chirurgie et pharmacie viennent s'ajouter au personnel médical permanent : les internes logent à l'hôpital et doivent en outre assister aux cours de la Faculté de médecine et de l'Amphithéâtre d'anatomie, ce qui les obligent à des déplacements quotidiens et

⁴⁸ *Historique pour 1894, Lariboisière, AAP, D-286.*

⁴⁹ *Historique pour 1900, Hôtel-Dieu, AAP, D-292.*

pour lesquels ils reçoivent une indemnité calculée en fonction de l'éloignement de l'hôpital de la Faculté. Si certains souhaitent être hébergés au-dehors de l'établissement, ils le peuvent sur autorisation et moyennant une indemnité de logement. Ces stagiaires doivent assister les chefs de service dans leur visite, et distribuer les soins aux malades. Ils tiennent les cahiers de visite sous la houlette de leur patron dans lesquels on trouve toutes les prescriptions complètes faites aux malades. Ces cahiers servent à l'économat et à la pharmacie. Les internes s'assurent enfin que les prescriptions sont bien effectuées par les infirmiers et ils se partagent les tours de garde. En cas d'absence du chef de service c'est à eux qu'incombe la tâche d'admettre les patients qui nécessitent l'hospitalisation. Parfois aussi ils peuvent être amenés à prescrire eux-mêmes les traitements ou effectuer des opérations d'urgence ce que dénonce vigoureusement l'administration⁵⁰ mais qui semble pourtant relever de pratiques courantes. De la même manière, les sage-femmes attachées à l'établissement ne sont chargées en théorie que de l'application des prescriptions du médecin accoucheur et des premiers soins, mais il est fréquent qu'elles assurent elles-mêmes la totalité de l'accouchement.

Les écarts de conduites des élèves internes et externes font partie des idées assez communément admises sur l'hôpital⁵¹. Les *Historiques* annuels des Directeurs comportent quelques occurrences à ce propos témoignant de la survivance de ces rites de passage⁵², manière de souligner leur statut d'étudiant. Les salles de garde sont ainsi le lieu de visites féminines rarement innocentes

⁵⁰ « Trois opérations ont été pratiquées par des internes hors de la présence du chirurgien de garde, qui ont été l'objets de rapports spéciaux qui vous ont été adressés. », *Historique pour 1893, Hôtel-Dieu*, AAP, D-285. Voir également *Historique pour 1894, Lariboisière*, AAP, D-286 où la même mention est faite.

⁵¹ SALAÜN F., « Éduquer et surveiller : l'administration hospitalière et 'ses internes' au XIX^e siècle », in Musée de l'AP/HP, *Ordre et désordre à l'hôpital. L'internat en médecine (1802-2002)*, Paris, AP/HP, 2002, pp 57-76. F. Salaün montre bien que ces chahuts tiennent au statut transitoire des internes, à mi-chemin entre l'étudiant et le médecin installé, et seulement de passage dans l'hôpital – le stage dure 6 mois –, et qui entendent « vivre leur vie d'étudiants dans les hôpitaux. »

⁵² Leonard Groopman rapproche ces traditions du compagnonnage, GROOPMAN L. C., *The Internat des Hôpitaux de Paris : the shaping and transformation of the french medical elite (1802-1914)*, Cambridge, Massachusetts, PhD, Harvard University, 1986, p. 41.

contre lesquelles récriminent les directeurs, soucieux de la morale de leur établissement. Aussi le directeur de Bichat peut-il se féliciter en 1908 de l'arrêt - très probablement temporaire - d'une pratique typique des mœurs estudiantines :

« Les salles de garde aussi bien en médecine qu'en pharmacie, ont été d'un calme qu'on peut qualifier d'exemplaire, étant donné les habitudes remontant à plusieurs années. L'élément féminin en a pour ainsi dire complètement disparu, et après quelques tentatives d'infractions, les élèves se sont rendus assez facilement aux altercations amicales du Directeur »⁵³

De même les rapports hiérarchiques conflictuels entre les élèves et l'administration sont-ils l'objet de rapports disciplinaires des directeurs :

« Le service de garde a été fait assez régulièrement par le plus grand nombre des élèves. Seuls quelques internes ont malgré nos observations, persisté à se faire remplacer par des externes non autorisés. Je ne parle que pour mémoire de M. Michel D., qui pendant les deux premiers mois de l'année où il a continué son service (?) à l'hôpital n'a pas monté une seule de ses gardes. Cet élève quelque peu déséquilibré a déjà été signalé à l'Historique l'année dernière, pour ce grave et volontaire manquement à ses devoirs professionnels.

Les rapports des internes avec le Directeur et l'Économe ont été ce qu'ils devaient être. Deux internes en médecine seulement, messieurs W. et D., affectent de ne jamais les saluer. Cependant, leur attitude chaque fois qu'ils ont dû se trouver en présence officielle de l'un ou de l'autre a toujours été correcte. »⁵⁴

La question des gardes est l'objet de nombreuses observations de la part des directeurs : tout se passe comme si ces gardes au cours desquelles les internes sont les seuls maîtres à bord étaient perçues comme des moments de

⁵³ *Historique pour 1908, Bichat, AAP, D-300.*

⁵⁴ *Historique pour 1894, Lariboisière, AAP, D-286.*

grande permissivité ce que confirme Leonard Groopman dans sa thèse sur l'internat de Paris au XIX^e siècle.⁵⁵

La présentation des personnels de l'hôpital ne saurait omettre les centaines d'agents désignés sous le nom de personnels secondaires : infirmiers, surveillants, garçons et filles de services, journaliers... Ils forment la cohorte laborieuse et indispensable de tous ceux qui participent au service soignant. Ils sont 227⁵⁶ à l'Hôtel-Dieu et à Tenon, et 230 à Lariboisière, sans compter les personnels journaliers⁵⁷ employés à la journée : 120 personnes à Lariboisière 27 à l'Hôtel-Dieu, 48 à Tenon. Devant l'augmentation du nombre des malades, avec la laïcisation et la création des écoles d'infirmières, la professionnalisation de ces personnels est de plus en plus évidente : alors qu'est fait mention au début des années 1890 de quantité d'erreurs imputables à l'ignorance dans la délivrance des soins ou au caractère aléatoire du recrutement de ces personnels, celles-ci sont de plus en plus rarement mentionnées au fur et à mesure de ces compte-rendus annuels.

Pour la seule année 1893, on relève dans le service du personnel à Lariboisière la relation d'incidents tragiques à faire frémir :

« Un infirmier, M T. a tenté de se suicider en absorbant une solution concentrée d'antipyrine. M le docteur Périer ayant diagnostiqué chez lui la manie de la persécution, a conclu sur sa séquestration. Il a été transféré à Sainte-Anne (...)

Melle M. première infirmière s'étant trompée dans l'administration d'un médicament à une malade a été révoquée de ses fonctions.

⁵⁵ GROOPMAN L. C., *The Internat des Hôpitaux de Paris (...)*, op. cit., p. 49 et suiv.

⁵⁶ Tous ces chiffres sont tirés de *L'Assistance publique en 1900*, op. cit.

⁵⁷ Il s'agit de personnels techniques : plombiers, menuisiers, serruriers, fumistes, mécaniciens et chauffeurs, cuisiniers, jardiniers, étuvistes, buandiers et buandières, lingères, épilucheuses, journaliers répartis dans divers services. A Lariboisière, le nombre plus important de ces journaliers est lié à la présence d'une importante buanderie qui blanchit et repasse le linge d'autres établissements en plus du sien, en particulier la Maison municipale de Santé.

Melle Z. infirmière sujette à des crises d'hystérie pour lesquelles elle était en traitement, ayant été prévenue par sa surveillante que celle-ci ne la reprendrait pas comme infirmière, s'est suicidée en se précipitant d'une fenêtre de la salle. »⁵⁸

Ces mentions évoquent un personnel fragile, pour lequel on n'a manifestement exigé ni examen médical, ni seuil de compétence minimal. Elles soulignent également les difficultés de recrutement que rencontrent les établissements⁵⁹ et qui suggèrent l'hypothèse confirmée par des interdictions des directeurs d'un recours à d'anciens malades en tant que personnel secondaire. Les très nombreux mouvements de personnels mentionnés dans les *Historiques* renforcent l'impression d'une grande volatilité.

L'année suivante n'est pas plus heureuse :

« Melle C., infirmière à la Maternité a failli être victime de son imprudence : elle a involontairement absorbé du sublimé, mais en est restée quitte pour une courte indisposition. (...) »

Une infirmière Mme T., a été renvoyée pour négligence grave : elle avait placé dans le berceau d'un nouveau-né une boule d'eau chaude sans avoir pris la précaution habituelle d'envelopper la boule, ce qui n'a occasionné qu'une brûlure fort heureusement toute superficielle du bras de l'enfant. »⁶⁰

Avec le temps cependant, ces notes signalant les erreurs grossières du personnel secondaire se font plus rares, s'espacent pour disparaître complètement à la veille de la guerre.

Il faut dire qu'avec la laïcisation le docteur Bourneville avait fait en sorte que des cours municipaux soient prodigués dès 1878 à Bicêtre et à la Salpêtrière

⁵⁸ *Historique pour 1893, Lariboisière, AAP, D-285.*

⁵⁹ « Le recrutement du personnel dans les hôpitaux était traditionnellement très difficile, car les servants étaient mal payés, leur tâche rebutante dans les conditions d'hygiène des hôpitaux d'autrefois » in GUIRAL P., THUILLIER G., *La vie quotidienne des domestiques au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1978, p. 176.

⁶⁰ *Historique pour 1894, Lariboisière, AAP, D-286.*

suivis de la Pitié en 1880 et de Lariboisière en 1895.⁶¹ La professionnalisation est en marche et ainsi que le montre les résultats en constante augmentation du nombre de diplômés de ces cours⁶², chiffres qu'il convient cependant d'examiner avec circonspection ainsi que le souligne Véronique Leroux-Hugon tant l'institution avait besoin d'émulation et de signifier son utilité.

Néanmoins la mise au point du nouveau règlement de 1903 concernant la réorganisation du personnel hospitalier opère une nécessaire distinction entre personnel infirmier et personnel de service, qu'entérine deux ans⁶³ plus tard la création de l'École des « Bleues » de la Salpêtrière destinée à la formation de surveillantes et d'infirmières spécialisées tandis que sont maintenus les cours municipaux plus sommaires, orientés vers la préparation des simples infirmières et des aide-soignantes. On souhaite catégoriser les personnels soignants en hiérarchisant les tâches et en circonscrivant leurs attributions.

3. *L'hôpital, lieu du progrès médical*

Si l'hôpital est le lieu de nombre de découvertes majeures⁶⁴ durant la première moitié du XIX^e siècle, il semble bien que dans la seconde moitié du siècle les plus importants découvertes sont celles de la médecine expérimentale et de la microbiologie. Claude Bernard (1813-1878) et Louis Pasteur (1822-1895), qui n'est d'ailleurs pas médecin, ne font pas leurs principales recherches à l'hôpital mais plutôt dans le calme propice de laboratoires. Néanmoins l'hôpital demeure un espace d'application privilégié pour ces découvertes. La

⁶¹ LEROUX-HUGON V., *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la IIIe République*, Paris, Sciences en situation, 1992, p. 70.

⁶² Ces cours sont séparés en cours primaires dont le but est l'obtention du certificat d'études primaires, et en cours dits professionnels sanctionnés par un certificat d'aptitude, axé sur des épreuves pratiques en majorité.

⁶³ La commission spéciale chargée d'élaborer le projet d'école se réunit de 1905 à 1907. L'école d'infirmières de la Salpêtrière ouvre ses portes le 1^{er} octobre 1907 et n'est inauguré officiellement qu'un an plus tard. Voir LEROUX-HUGON V., *Des saintes laïques (...)*, *op. cit.*, pp. 84-85.

⁶⁴ On peut citer notamment le stéthoscope, les pinces hémostatiques.

généralisation de la méthode anatomo-clinique est un fait acquis dès le milieu du siècle : celle-ci s'appuie sur l'observation des symptômes et des signes spécifiques de la maladie, en partant des organes atteints. Des cours de cliniques sont même professés dans nombre d'hôpitaux, en particulier à l'Hôtel-Dieu. Le succès de cette démarche fait de l'hôpital l'un des lieux privilégiés de la recherche et de l'enseignement médical du moins dans la première partie du siècle⁶⁵. Du reste même si l'École de Paris n'a plus le même lustre que celui dont elle brillait dans la première moitié du siècle, les relations entre la Faculté de médecine et les hôpitaux généraux notamment l'Hôtel-Dieu demeurent étroites comme le montre, dans les plans du nouvel Hôtel-Dieu reconstruit, la place occupée par les laboratoires et les amphithéâtres qui sont la propriété de la Faculté. La très grande majorité des découvertes médicales qui sont faites durant le second XIX^e siècle sont appliquées dans un laps de temps assez court, preuve de la réactivité de ce milieu aux innovations. Ainsi, l'invention de l'anesthésie vers 1846 opère une rupture décisive en chirurgie en modifiant de manière profonde le rapport à la douleur. Elle devient la norme dès les années 1850 dans les hôpitaux parisiens. De manière identique, la pratique de l'antisepsie⁶⁶ suivie de la généralisation de l'asepsie sont-elles assez rapidement entrées dans les usages à l'hôpital ainsi que le montre nombre de règlements visant à désinfecter les salles et les instruments.

⁶⁵ « Rapidement, le développement de la *médecine anatomo-clinique* efface sans regrets la *médecine classificatoire* qui l'avait précédée. C'est l'époque des grandes découvertes sémiologiques et des descriptions anatomo-pathologiques des principales maladies. Malheureusement, l'hégémonie de cette médecine hospitalière clinique et anatomo-clinique ainsi que l'idéologie dominante d'une clinique française triomphante qui perdure en France pendant tout le XIX^e siècle et une bonne partie du XX^e, rejette dans l'ombre les acquisitions fondamentales de la biologie et de la microscopie et empêche l'essor de la médecine de laboratoire, ce qui rend compte, dès les années 1830, de la perte du prestige international de la médecine parisienne au profit de Vienne et de Berlin qui avaient su précocement intégrer les découvertes scientifiques à la clinique », écrit le professeur Jacques POIRIER, in « L'enseignement médical dans les hôpitaux de Paris », *Catalogue de l'exposition « Des maux et des soins »*, *Les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle (1780-1830)*, Paris, AAVP, 2007, (à paraître).

⁶⁶ L'antisepsie vise à détruire les microbes par un désinfectant chimique ; l'asepsie consiste à stériliser au préalable les instruments, les objets de pansements, la blouse de l'opérateur et les gants.

Just Lucas-Championnière (1843-1913), jeune chirurgien au Bureau central publie le premier ouvrage didactique de l'antisepsie chirurgicale⁶⁷. Ami de Lister, c'est lui qui dans les années 1870, « enthousiasmé des résultats qu'il avait constaté, il devint l'apôtre le plus fervent de la méthode listérienne qu'il importa, qu'il imposa en France ».⁶⁸ Quant à l'asepsie, elle est scrupuleusement appliquée par Louis-Félix Terrier (1837-1908) dans son service de chirurgie à l'hôpital Bichat à partir de 1883, date à laquelle il introduit l'emploi de l'autoclave⁶⁹ au bloc opératoire. Désormais la stérilisation des objets chirurgicaux et l'exigence d'une propreté constante dans les salles d'opération supplantent les méthodes antiseptiques, qui se limitaient à la désinfection des plaies chirurgicales par l'adjonction de solutions phéniques ou alcoolisées. Il faut cependant mentionner que ces progrès ne sont pas unanimement adoptés par tous, nombre de médecins⁷⁰ et de chirurgiens contestant les avancées des théories microbiennes⁷¹. Peu ou prou malgré tout, celles-ci se font une place à l'hôpital comme le montre la progression des dépenses consacrées aux bandages et à la pharmacie qui connaissent à la fin du siècle une augmentation sans précédent, au détriment de la nourriture, qui n'est plus le principal élément de la guérison. Ainsi en 1851⁷², les comptes moraux indiquent que les

⁶⁷ *Chirurgie antiseptique. Principes, mode d'application et résultats du pansement de Lister*, qui connaît deux éditions en 1876 et en 1880.

⁶⁸ Nécrologie de Lucas-Championnière, *La France médicale*, 1913, p. 413.

⁶⁹ « Récipient métallique à fermeture extérieure hermétique, et résistant à des pressions élevées, servant notamment à stériliser des objets », article autoclave, *Le grand Robert de la langue française*, Paris, 2^e édition, 1989.

⁷⁰ C'est le cas en particulier du médecin Armand Després, surnommé « pansement sale » par son ennemi déclaré, le docteur Bourneville qui écrit « On sait que c'est la turlutaine de M Després de combattre la laïcisation des hôpitaux : il est pour les sœurs comme il est contre les antiseptiques. », in LEROUX-HUGON, V., *Des saintes laïques (op. cit.)*, p. 37.

⁷¹ Les mot « microbe » servant à désigner les divers micro-organismes est proposé en 1878 à l'Académie des Sciences, par C. Sédillot. Les travaux de Pasteur sur le vin et les maladies des vers à soie datent des années 1860, ses études sur la bières sont faites entre 1871 et 1876. Il expose le 30 avril 1878 sa *Théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie*. Il découvre le vibron pathogène (staphylocoque), le streptocoque et le bacille du choléra des poules en 1880. Il expérimente le vaccin du charbon en 1881 et la première vaccination antirabique sur l'homme le 6 juillet 1885. La vaccination contre le choléra (dont le vibron a été découvert par Koch en 1884) est mise au point en 1890.

⁷² *Comptes moraux pour 1851*, AAP, 3M1.

dépenses de médicaments représentent 8,34% des dépenses totales pour l'ensemble des hôpitaux généraux et spéciaux et les bandages et objets de pansements seulement 1,52%. La nourriture en revanche occupe encore une place de choix avec 41,22% de la totalité des dépenses. Cinquante ans plus tard⁷³, si les dépenses de pharmacie ont légèrement reculé (6,06%), le poste de dépenses qui correspondait auparavant aux bandages s'intitule désormais « appareils, instruments de chirurgie, et objets de pansements » et représente alors près de 7% de l'ensemble des dépenses, tandis que la nourriture n'occupe plus qu'un tiers des dépenses (30,09%). La tendance se confirme en 1910⁷⁴, puisque les dépenses de nourritures chutent encore de 4 points. Ainsi la médicalisation de l'hôpital est-elle visible par cette augmentation des dépenses liées aux soins et à leur nature plus proprement médicale, qu'à la traditionnelle fonction hôtelière de l'institution hospitalière.

D'un point de vue qualitatif, les *Historiques* nous renseignent seulement à partir de 1893 quant à l'arrivée des innovations médicales à Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu et sur le degré d'application de ces découvertes au sein même de l'hôpital. Concernant ces trois établissements qui figurent parmi les plus grands hôpitaux de Paris, on peut dater l'apparition de dépenses concernant directement l'apparition de l'asepsie entre 1894 et 1900⁷⁵. En 1894, aucune dépense ne concerne l'achat d'appareils à stériliser ou l'installation de salles d'opérations nanties de tous les équipements nécessaires à l'établissement d'un environnement septique⁷⁶. À partir de 1900 au contraire, ces mentions se font plus fréquentes et se diversifient. On apprend ainsi qu'à Lariboisière l'éclairage

⁷³ *Comptes moraux pour 1900*, AAP, 3M51.

⁷⁴ *Comptes moraux pour 1910*, AAP, 3M59.

⁷⁵ Les *Historiques* sont malheureusement déficitaires durant cet intervalle.

⁷⁶ Il convient de mentionner qu'une exception de taille est faite à ces observations : l'hôpital Bichat, dans lequel exerce le docteur Terrier. Dès 1893, il fait installer un filtre Chamberland (il s'agit de la « bougie filtrante de Chamberland-système Pasteur » destinée à purifier l'eau) dans sa salle d'ovariotomie, il obtient la réfection de ses salles à la suite d'un début d'incendie provoqué par l'inflammation d'un stérilisateur à glycérine – attestant de son existence dès cette date -, ainsi que la restauration de son laboratoire. Ces aménagements témoignent de l'avance de l'hôpital Bichat en matière d'asepsie, liée à la présence de son plus fervent propagateur. Voir *Historique pour 1893, Bichat*, AAP, D – 285.

électrique devient peu à peu l'usage, sans qu'il y ait une baisse notable de la consommation de gaz en raison de son emploi « pour le chauffage des appareils à stérilisation et des poêles » alors qu'en 1906 le directeur annonce la mise en marche « d'un service central de stérilisation » qui fonctionne « de manière satisfaisante ». Il ajoute « nous avons doté tous les pavillons d'opérations d'appareils à stérilisation d'eau, de bouilleurs pour instruments et de Poupinels⁷⁷ électriques ». La tendance amorcée en 1900 est nettement confirmée : les pratiques les plus modernes de la stérilisation sont entrées dans les mœurs. Tenon accuse pourtant un certain retard dans l'installation de ces équipements : l'éclairage y est encore au gaz en 1906 et pose de multiples problèmes⁷⁸, en raison de l'insuffisance de nombre de becs et de brûleurs pouvant fonctionner simultanément. Quant à l'Hôtel-Dieu il offre une vision intermédiaire de ce progrès : on relève bien l'installation de stérilisateur à eau, mais réservés aux amphithéâtres d'anatomie, signe peut-être que les autres sont déjà installés dans les services de chirurgie ? Il est difficile de répondre, d'autant que les *Historiques* deviennent de plus en plus succincts au fur et à mesure du temps. Un autre aspect de l'introduction d'une hygiène pastoriennne à l'hôpital est visible à la lumière des équipements installés dans les salles de consultations externes⁷⁹ en 1895 à Lariboisière. Des instruments au matériel, le médecin doit disposer d'un minimum d'éléments lui permettant d'éviter de transmettre les germes d'un patient à l'autre : les solutions antiseptiques, l'usage de savon et de serviettes, d'une brosse à ongle, de crachoirs, de compresses à usage unique soulignent encore la mutation qui s'est faite, en faveur des techniques de désinfection. L'usage qui en fait par les praticiens

⁷⁷ Il s'agit d'étuves sèches dont l'usage est recommandé par le docteur Terrier. Voir le chapitre dû Jacques LEONARD « Comment peut-on être pasteurien ? » dans l'ouvrage coordonné par SALOMON-BAYET Claire, *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, 1986, pp. 143-179.

⁷⁸ « L'éclairage, ainsi que le chauffage des appareils est absolument insuffisant. [On constate] de nombreuses fuites presque journallement, (...) le système actuel peut donner lieu à des accidents et de ce fait la canalisation est aussi à remanier complètement. », *Historique pour 1906*, Tenon, AAP, D – 298.

⁷⁹ Liste des instruments nécessaires au service de la consultation dressée par MM les docteurs Lebreton et Launois, 30 septembre 1895, *Notes de l'Administration (1895-1898)*, AAP, 722W113.

demeure inconnu, mais tous les acteurs de la révolution microbienne sont présents.

Tableau 5.
Liste des instruments nécessaires au service de
la consultation à Lariboisière, 30 septembre 1895

Instruments	Matériel
abaisse-langue verre droit et courbé métal stéthoscope marteau à percussion du genou spéculum thermo-cautère pile électrique thermomètre 2 pinces pour tampons spéculum (2 modèles Cusco) siphon de chlorure d'éthyle tube à urine avec support 6 verres coniques réactifs (liq. de Fehling, acide acétique, réactif Ramez) solutions antiseptiques coton hydrophile fiches de consultations boîte pour les fiches	table fauteuil 6 chaises pendule vitrine lavabo-savon brosse à ongle brosse pour vêtements fauteuil à speculum tablettes en verre crachoirs draps serviettes compresses tabliers vêtements de toile

AAP, 722W113

Ainsi malgré la réactivité du milieu hospitalier en matière d'innovations chirurgicales ou médicales, le décalage entre la diffusion des techniques de prophylaxie et d'hygiène et les découvertes pastoriennes est plus net : sans doute moins prestigieux qu'une opération ou que le traitement radical d'une maladie, ces instruments n'en contribuent pas moins à la baisse de la mortalité hospitalière dans une société qui ne connaît pas encore la révolution antibiotique. C'est aussi le signe que l'hôpital n'est plus le pôle moteur des découvertes médicales, mais bien plutôt un réceptacle qui applique – avec un certain décalage et non uniformément – des innovations mises au point à l'abri des laboratoires de recherche expérimentales.

C. Ordres et désordres de la vie quotidienne des malades

Après avoir évalué la progressive rationalisation de la machine hospitalière en termes d'admission et de soins médicaux, il convient de s'interroger sur les modalités du séjour hospitalier pour les malades. Connaît-il une évolution similaire ? Dans quelle mesure la violence du processus induit-elle des résistances ? Autant dans ce que les règlements prescrivent que dans ce qu'ils proscrivent, leur contenu implicite révèle l'existence de pratiques subversives. Que ce soit dans l'énoncé d'une discipline sévère ou bien dans l'importance donnée à la nourriture, on voit resurgir l'antique vocation carcérale de l'institution hospitalière : encore convient-il d'évaluer la portée de ces règlements et tenter d'approcher la notion d'un confort hospitalier.

1. *Une discipline rigoureuse*

La vie quotidienne à l'hôpital est régie par le règlement intérieur, dont les archives n'ont malheureusement pas laissé la trace. On est réduit à des témoignages, ainsi qu'à des règlements qui concernent le personnel, laissant à voir les devoirs et les droits des malades de manière indirecte. Néanmoins, tous ces témoignages indirects concordent sur la sévérité de ces règlements.

Après l'admission, tous les malades se déshabillent, abandonnent leurs effets personnels et reçoivent l'uniforme réglementaire. Depuis 1858, il se compose d'une robe de chambre⁸⁰ en molleton bleu foncé « que l'administration

⁸⁰ Auparavant, il s'agissait d'un vêtement informe identique pour les hommes et les femmes une capote « faite avec le même drap gris beige ou de Mouy en usage dans les prisons et maisons pénitentiaires ; aussi inspirait-elle généralement un sentiment de répulsion aux

de la marine emploie pour la confection des vareuses des matelots »⁸¹, d'une camisole en futaine, d'une coiffe de toile. Des pantalons et des jupons de toile étaient fournis avant 1858, mais ils ont été supprimés par mesure d'économie satisfaisant au désir exprimé par les malades de les conserver, ainsi que leurs chaussettes et leurs souliers. Husson ajoute que les réserves de vêtements sur les effets des successions provenant des malades décédés fournissent une provision nécessaire pour les plus nécessiteux. En 1862, chaque lit dispose de 14 chemises et le règlement de 1858 prévoit d'attribuer 16 alèzes et une nouveauté, une serviette de bain par lit.

La vie du malade est rythmée par les heures de coucher et de lever, les visites, les repas. Le lever a lieu en général vers 6 heures du matin en été et 7 heures en hiver afin d'être prêt et disponible pour les visites des médecins qui commencent à 8 heures. Les trois repas sont faits le matin avant 8 heures, à la mi-journée vers 11 heures et le souper vers 17 heures, le coucher ayant lieu à 20 heures ou 21 heures.

Les visites aussi sont strictement encadrées : deux jours par semaines et deux heures à chaque fois sont les seuls moments pendant lesquels la famille et les proches peuvent voir le malade. Si son état est grave on peut déroger à la règle et autoriser après accord du directeur de l'établissement, des visites plus longues ou en-dehors des jours de visite. La stricte discipline de l'hôpital veut que les familles n'apportent aucune nourriture ou boisson susceptible de perturber le régime alimentaire du malade :

« Le seul contrôle exercé par l'Administration dans ces sortes de visites porte sur l'introduction abusive de vivres ou de liquides interdits par le régime. Ces aliments, toujours inutiles aux malades, puisque le médecin pourvoit, dans les conditions précises du traitement, à tous les besoins de leur alimentation, sont quelquefois dangereux et il importe d'autant plus de se montrer sévères à cet

malades, auxquels sa couleur rappelait trop la livrée des condamnés », in HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux (...), op. cit.*, p. 92.

⁸¹ *Ibid.*, p. 93

égard, que trop souvent les chefs de service de santé ont signalé des rechutes et même des accidents mortels survenus à la suite d'infractions de ce genre. »⁸²

Au nom du bien du malade on autorise les fouilles systématiques à l'entrée par le concierge les jours de visite⁸³. Derrière ces règlements draconiens, on devine la crainte de la direction d'éviter les trafics de toutes sortes, ainsi que les désordres liés à l'abus de boissons alcoolisées, qui si elles font partie du régime alimentaire des malades ne sauraient être encouragées en-dehors des heures des repas. Une notice⁸⁴ de l'Académie de médecine sur les dangers de l'abus de boissons alcooliques est d'ailleurs, dès 1874 affichée dans les hôpitaux. Les visites se font au pied du lit du malade et par un nombre restreint de personnes à la fois, précaution utile contre l'envahissement des salles communes où on a vu que les brancards étaient fort nombreux.

Les activités pratiquées par les malades dans l'intervalle sont multiples : les promenades sont autorisées dans les promenoirs et les jardins, seuls lieux où il leur est permis de fumer. Ils peuvent également jouer à différents jeux permis par le directeur⁸⁵, mais aussi lire puisque bien souvent ils ont une bibliothèque à leur disposition dans l'établissement. La séparation entre les sexes pour ces activités est la même que celle qui préside à la non-mixité des salles de malades, dont on pense qu'elle est la condition indispensable au respect de mœurs respectables.

⁸² HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux (...)*, op. cit., p. 149.

⁸³ « Je vous rappelle que les concierges doivent laisser entrer librement par l'intermédiaire du public tous les objets ou denrées dont la vente est autorisée à la cantine, et notamment les articles de mercerie, pelotes de laine, de coton, etc. Ce n'est que si les quantités ainsi introduites par les visiteurs, dépassaient sensiblement le maximum des quantités dont un malade peut avoir l'emploi pour son usage personnel que le concierge devrait vous en référer et retenir, sur votre ordre, la partie excédent ce maximum, à charge bien entendu de la restituer au visiteur à sa sortie de l'établissement », *Circulaire aux directeurs des hôpitaux et hospices du 17 janvier 1895*, RAC, 1J9, p. 11.

⁸⁴ *Circulaire aux directeurs des hôpitaux et hospices du 12 novembre 1874*, RAC, 1J5, p. 184.

⁸⁵ Une circulaire de 1872 rappelle l'interdiction des jeux de hasard. Le but en est bien l'interdiction des paris. *Circulaire aux directeurs des hôpitaux et hospices du 27 août 1872*, RAC, 1J5, P. 48.

« Chaque sexe a ses promenoirs particuliers, et la surveillance dont les malades y sont l'objet n'a d'autre but que d'empêcher des communications dont la morale aurait à souffrir, ou de prévenir des contestations qui s'élèvent parfois à la suite des jeux ou des distractions dont ils font leur passe-temps habituel. À mesure que le malade reprend ses forces, l'oisiveté dans laquelle il vit devient un écueil pour l'ordre et souvent même pour la santé. La femme trouve aisément à s'occuper avec les travaux d'aiguille, et beaucoup dans le nombre consacrent les loisirs de l'hôpital à visiter et à raccommo-der les hardes de la famille. L'homme n'a pas les mêmes facilités, car l'hospice seul comporte le travail régulier et permanent des ateliers ; aussi l'Administration s'efforce-t-elle d'encourager parmi eux le goût des lectures utiles. Des bibliothèques se forment à cet effet dans chaque hôpital et le développement qu'elles prennent nous fait déjà prévoir les heureux résultats qu'elles produiront. »⁸⁶

D'une manière générale, on essaie d'imposer le silence dans les salles de malades afin de faciliter le repos des alités : cependant, les rappels réitérés de ces réglementations montrent qu'il est parfois bien difficile à obtenir entre les visites des médecins, suivis de leurs nombreux étudiants, celle des familles les jours autorisés auxquelles s'ajoutent les bruits « assourdissants » des roues des chariots de service⁸⁷, sans compter les plaintes, râles, toux et gémissements des patients eux-mêmes dans des salles suffisamment vastes⁸⁸ et hautes de plafond, où l'acoustique n'a pas été le souci principal des concepteurs.

Si la modernité de l'hôpital passe par l'application d'un strict règlement, régissant ainsi la moralisation des attitudes des malades, elle s'accompagne aussi d'une plus grande tolérance à l'égard des différents cultes religieux.

⁸⁶ HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux (...)*, *op. cit.*, p. 150.

⁸⁷ *Lettre du 12 mai 1890 du directeur de Tenon au Directeur de l'Assistance publique, AAP, 9L150*, « Visite de l'établissement ».

⁸⁸ Les salles de Lariboisière mesurent 38 mètres de long pour 10 mètres de large, pour une hauteur de plafond de 5 à 6 mètres. Les dimensions un peu moindres sont comparables pour Tenon et le nouvel Hôtel-Dieu.

« Tandis que, dans l'ancien Hôtel-Dieu, le prosélytisme entraînait dans les devoirs réglementaires des religieuses, l'Administration actuelle l'a expressément interdit, et elle veille attentivement à ce que le malade qui appartient à un culte dissident, mais légalement reconnu, puisse, aussitôt qu'il le réclame, recevoir les consolations et l'assistance des ministres de sa communion. »⁸⁹

En somme, la réglementation accrue au XIX^e siècle est source de contraintes multiples pour lesquelles on perçoit d'ailleurs les tentatives de contournement par les malades, mais elle annonce aussi l'entrée de l'hôpital dans la modernité en augmentant la place dédiée aux soins et au repos, adjuvants essentiels de la guérison.

2. *Un régime alimentaire plus varié*

La nourriture joue encore un rôle fort important et il n'est pas anodin de constater que les patients comme l'administration y attachent une grande attention : la qualité et les quantités des mets servis, ou la température à laquelle les plats sont distribués sont l'objet de bien des conflits. Souvent froids lorsqu'ils parviennent au chevet des malades, ils sont l'objet de plaintes et de récriminations récurrentes.⁹⁰

On insiste sur la variété des mets servis qui doivent accompagner la reconstitution des forces du malade. Depuis 1806 un règlement fixe les

⁸⁹ HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux (...), op. cit.*, p. 151.

⁹⁰ Il est d'usage pour les visiteurs officiels des hôpitaux de goûter la nourriture et le vin servis aux malades. En 1890, le directeur de l'hôpital Tenon rapporte à sa hiérarchie la visite d'un conseiller municipal, M. Piperand. Celui-ci est venu pour rendre visite à un malade mais il en profite pour visiter rapidement l'établissement, il goûte la nourriture, qu'il trouve bonne mais se fait l'écho d'une plainte concernant le service. Les légumes seraient servis dans les mêmes plats que ceux ayant précédemment été utilisés pour du poisson, ce qui incommoderait certains patients. Le directeur lui répond qu'on a récemment remédié à cet inconvénient en lui montrant les nouveaux récipients achetés. Piperand rapporte aussi que l'heure tardive des visites médicales retardant l'heure de service des repas fait qu'ils sont servis froids. Le directeur répond que les repas sont maintenus au chaud et qu'il fait tout pour éviter leur refroidissement, *Lettre du 12 mai 1890, Hôpital Tenon, AAP, 9L150*.

quantités. À partir de 1817 du poisson frais, des fruits et de la confiture agrémentent le quotidien des malades. Un nouveau règlement en 1853 introduit de la viande bouillie ou rôtie dans le régime normal, car il existe quatre degrés de régime plus ou moins consistant en fonction de l'état de santé : les malades à la diète absolue, les malades à la diète pour vingt-quatre heures qui reçoivent quelques bouillons, les malades aux potages et aux soupes pour vingt-quatre heures, et enfin les malades aux aliments solides, eux-mêmes subdivisés entre ceux recevant une, deux, trois ou quatre portions d'aliments comme le montre le tableau ci-joint. Les femmes ont des quantités naturellement inférieures pour le pain mais demeurent assujetties au même régime que les hommes.

Figure 2.
Tableau des portions allouées aux malades
qui peuvent se nourrir d'aliments solides
d'après le règlement alimentaire de 1853

		1 Portion.	2 Portions.	3 Portions.	4 Portions.	
1 ^{re} Distribution...	Pain blanc..... {	aux Hommes.....	12 décag.	24 décag.	36 décag.	48 décag.
		aux Femmes.....	10 —	20 —	30 —	40 —
	2 potages ou soupes au gras de.....	30 cent.	30 cent.	»	»	
	ou 2 id. au lait de.....	30 —	30 —	»	»	
	id. id. au maigre de.....	»	30 —	»	»	
	Une soupe grasse et une {	Bouillon gras.....	»	»	30 cent.	30 cent.
		soupe maigre ou au id. maigre.....	»	»	30 —	30 —
	lait.....	Lait.....	»	»	30 —	»
	Volaille ou viande rôtie.....		12 décag.	»	»	»
	ou Poisson frais.....		12 —	»	»	»
ou Œufs frais.....		1 nombre.	»	»	»	
ou Œufs au lait.....		10 cent.	»	»	»	
Viande rôtie.....		»	15 décag.	»	»	
Viande bouillie.....		»	»	30 décag.	40 décag.	
2 ^e Distribution...	Légumes de saison.....	15 décag.	30 décag.	»	»	
	ou Riz au lait.....	4 décag. 70	3 —	4 décag. 50	6 décag.	
	ou Fruits cuits.....	12 décag.	24 —	»	»	
	ou Gelée de groseille.....	3 —	»	»	»	
	ou Œufs.....	»	2 nombre.	2 nombre.	»	
	ou Pruneaux.....	»	8 décag.	12 décag.	»	
	Légumes frais.....	»	»	36 —	48 décag.	
	ou Pommes de terre.....	»	»	36 —	48 —	
	ou Légumes secs en purée.....	»	»	9 cent.	12 cent.	

HUSSON A., *Étude sur les hôpitaux (...)*, Paris, Dupont, 1862, p. 244.

Les malades prennent leur repas au lit, car les hôpitaux ne sont pas équipés de réfectoires pour les patients, mais uniquement pour les personnels, ce que

dénonce Armand Husson, qui a tenté en vain de répandre l'usage des repas en commun pour les valides à l'exemple de ce qui se fait en Angleterre.

Les rations servies augmentent au fil des ans⁹¹, l'importance des quantités de pain et de vin continuant également de s'accroître, malgré la variété introduite dans les régimes. D'après le règlement de 1853 le vin, toujours coupé d'eau, peut être prescrit dans une proportion de 8 à 24 centilitres pour les hommes et de 6 à 18 centilitres pour les femmes, pour les catégories n'ayant droit qu'à une ou deux portions, tandis que ceux qui sont à trois et quatre portions d'aliments solides peuvent prétendre de 8 à 40 centilitres pour les hommes et de 6 à 30 centilitres pour les femmes. Le vin est certes considéré comme un reconstituant mais il est finalement distribué assez modérément⁹² et peut d'ailleurs toujours être remplacé par du lait. Le pain persiste du reste comme l'une des bases de l'alimentation ; il est fabriqué par la Boulangerie centrale de l'Assistance publique, à l'hôtel Scipion. Sa consommation demeure encore supérieure à celle de la viande : entre 1879 et 1889⁹³ la quantité de pain consommé a augmenté de 27% contre 21% pour celle de la viande. Entre 1889 et 1899 la consommation de pain augmente encore de 30% et celle de viande de 20% en données globales. À l'image de la consommation générale de la société parisienne au XIX^e siècle, le pain dont la qualité progresse également occupe une place essentielle dans l'alimentation : il n'est d'ailleurs pas consommé uniquement comme tel mais entre dans une multitude de recettes faisant appel à la panure, à la chapelure, ou entrant dans la composition du pain perdu voire de potages, de soupes, pour lesquels il est un ingrédient indispensable. Quant à

⁹¹ Une simple comparaison entre le régime de 1841 et celui de 1853 permet de le vérifier. Certes on passe d'un régime à 5 portions à un régime qui n'en compte plus que 4, mais l'article 10 du règlement de 1853 précise que « les médecins pourront faire des prescriptions extraordinaires en faveur des malades qui se trouveraient dans un état exceptionnel » ce dont ils ne se privent pas et qui leur vaut les reproches d'une administration fort économe, *Règlement sur le régime alimentaire des hôpitaux et hospices civils de Paris, 23 février 1853*, AAP, 822 Foss 21.

⁹² La comparaison entre 1841 et 1853 indique une légère diminution des quantités de vin, qui passe par exemple de 10 à 8 cl pour les hommes, par portion, et de 8 à 6 cl pour les femmes, également par portion.

⁹³ PALISSE V., *Tenon un hôpital pour les travailleurs du nord-est parisien*, Mémoire de maîtrise, Université de Paris-X Nanterre, 2001, p. 54.

la viande on tente de varier les présentations et même si celles-ci ne sont pas toujours au goût des malades⁹⁴ du moins tente-t-on de prendre en compte leurs revendications.

Ainsi les soins apportés à l'alimentation en se rapprochant de la diététique font-ils partie de ce processus de médicalisation d'une machine de plus en plus perfectionnée, mais où subsistent encore des manques patents dans le confort et la surveillance apportés aux patients.

3. *Inconfort et insécurité*

Ces améliorations incontestables en matière de médicalisation des soins et d'une plus grande attention portée aux malades ne sauraient masquer le maintien de conditions parfois dangereuses résultant de la taille des établissements, de leur manque de moyens et de la vétusté conséquente de certains équipements. D'une manière générale l'attention des autorités au confort des malades passe par l'amélioration de la literie : dès 1862, Husson indiquait que le remplacement des lits en bois par des lits en fer était déjà bien avancé dans l'ensemble des hôpitaux parisiens. Les matelas en crin sont remplacés par des matelas en fibre textile, soumis à l'étuve régulièrement. En 1896 des essais sont même tentés pour généraliser l'usage de matelas remplis de copeaux de bois de Norvège⁹⁵, réputés plus hygiéniques et surtout résistant davantage aux températures élevées des étuves. On tient à la disposition des malades du linge en plus grande quantité et qu'on change également plus souvent qu'auparavant, d'autant que le service des bains fonctionne toute la

⁹⁴ « Les malades portés sur le cahier de visite au 4^e degré réclament assez souvent contre les nombreux plats de bœuf qui leur sont servis, bien que souvent ce bœuf ne soit pas du bœuf bouilli mais accommodé directement, c'est-à-dire cuit à la casserole ou servi avec des sauces appétissantes. Il n'est pas possible de faire autrement quand on songe que l'établissement reçoit 2/3 bœuf contre 1/3 de menu réservé en grande partie aux malades des 1^{er} et 2^e degré et au personnel. », *Historique pour 1906, Hôtel-Dieu, AAP, D-297*.

⁹⁵ *Circulaire du 18 mars 1896* « Matelas de crin hygiénique de sapin de Norvège », RAC, 1J9, p. 33.

journée. La situation des malades semble s'améliorer sur le long terme : cependant le maintien de rideaux de lits peu hygiéniques réclamés par le patient au nom d'une intimité préservée et que l'on constate jusque dans les dernières années du XIX^e siècle, les courants d'air permanents entretenus pour débarrasser l'air des miasmes malsains exhalés par les patients, les températures très basses⁹⁶ éprouvées dans les salles en raison des difficultés des systèmes de chauffage sont des sources identifiées d'aggravation des maladies des plus fragiles et d'inconfort notable pour tous.

De la même manière on peut être perplexe sur l'ampleur de ces progrès au regard des incidents relatés dans les correspondances des directeurs à la direction générale de l'administration. Celle-ci est riche d'avertissements concernant le mauvais état de la toiture, des canalisations d'eau, des latrines⁹⁷... Les directeurs mettent en garde contre les risques d'incendie⁹⁸ accrues par l'utilisation de produits inflammables et soulignent la défectuosité des installations anti-incendie. Ils se plaignent de l'existence endémique de rats ou de punaises dont on ne parvient pas à se débarrasser. En 1894 le directeur de Lariboisière se fait l'écho des tentatives malhonnêtes d'un escroc qui a voulu vendre à l'établissement une solution miracle pour se débarrasser des punaises, sans parvenir à d'autres résultats que celui de souiller les murs d'une salle et de détériorer plusieurs centaines de couvertures⁹⁹. En 1900, 404 rats ont été tués dans les locaux de Tenon ce dont le directeur se réjouit :

⁹⁶ C'est le cas à Lariboisière où dans les bâtiments du côté femmes, des températures de 12°, 10° et même 9° ont été constatées dans les salles du rez-de-chaussée en hiver en 1893. *Historique pour 1893, Lariboisière*, AAP, D-285. L'année suivante des températures de 6° ont même été relevées, *Historique pour 1894, Lariboisière*, AAP, D-286

⁹⁷ À l'Hôtel-Dieu en 1893, le directeur signale « l'état défectueux des cabinets d'aisances dépourvus actuellement de siphons et répandant dans les services les plus mauvaises odeurs » *Historique pour 1893, Hôtel-Dieu*, AAP, D-285. En 1894, il se plaint de « l'absence d'un endroit pour conserver en-dehors des salles entre deux visites, les déjections de toute sorte qui doivent être montrées au chef de visite lors de l'examen des malades. Actuellement on est obligé de reléguer ces matières soit dans les cabinets d'aisances, soit dans l'embrasure d'une fenêtre, soit sur une terrasse ce qui est peu satisfaisant pour la vue comme pour l'odorat », AAP, *Historique pour 1894, Hôtel-Dieu*, AAP, D-286.

⁹⁸ En 1900, un incendie sans gravité se déclare dans la trémie de la salle Saint-Landry de l'Hôtel-Dieu. Il est éteint grâce à l'action des infirmiers. *Historique pour 1900, Hôtel-Dieu*, AAP, D-292.

⁹⁹ *Historique pour 1894, Lariboisière*, AAP, D-286.

« Il a été détruit en 1900, 404 rats. Les dégâts causés par ces rongeurs ont diminué car la gent méfiante sachant que l'on est sans pitié pour elle, a porté ses pénates en des lieux plus propices à ses ébats. »¹⁰⁰

Plus surprenantes sont les mentions faites des défenestrations - fatales la plupart du temps - du fait de patients qui ne sont pas nécessairement les plus gravement atteints. Ces suicides ou ces accidents indiquent que l'hôpital n'est pas encore le lieu d'une sécurité absolue¹⁰¹. Dans les *Correspondances* les directeurs insistent sur les accès de fièvres délirantes qui expliqueraient ces gestes funestes en soulignant que rien dans le comportement du malade ne les laissait présager. Néanmoins la facilité avec laquelle ces événements se produisent ne laisse pas sans perplexité : la surveillance des salles n'est manifestement pas constante. De plus, à chaque fois on relate que cela s'est passé tellement vite que les voisins, soit n'ont pas eu le temps de réagir, soit ne se sont rendus compte de rien. En somme, les malades semblent bien passifs ou indifférents devant les malheurs de leurs compagnons. Surtout l'encadrement des patients semble bien insuffisant pour prévenir des accidents qui, s'ils restent relativement exceptionnels, sont récurrents. Ainsi la modernisation de l'hôpital souffre de nombreuses lacunes à la veille de la première guerre mondiale. Celles-ci paraissent pourtant en voie de résorption : leurs mentions dans les documents administratifs est l'indice qu'on souhaite y remédier et qu'elles sont de moins en moins tolérées dans une société dans laquelle se répandent l'esprit et le confort petit-bourgeois.

¹⁰⁰ *Historique pour 1900, Tenon, AAP, D-292.*

¹⁰¹ En 1874 un « phtisique au 3^e degré de 43 ans tombe de sa fenêtre au bord de laquelle il se mettait pour respirer (...) aucun de ses voisins ne s'était aperçu de sa disparition », en 1880-1881 pas moins de 5 patients atteints de fièvre typhoïde dans le cours d'accès délirants se jettent du haut des fenêtres des salles dans lesquelles ils sont soignés. Chaque fois on mentionne que cela s'est passé très rapidement et qu'aucun autre malade n'a eu le temps de s'interposer. AAP, *Correspondance de la Direction de l'hôpital Lariboisière*, 722 W115.

En définitive les conditions de vie des malades en milieu hospitalier sont assurément meilleures que celles de leurs prédécesseurs des hôpitaux d'Ancien Régime : les conditions d'accueil, les possibilités de consultations externes, la gratuité des soins, un meilleur régime alimentaire contribuent à des titres divers à rendre l'hôpital moins effrayant qu'il pouvait l'être au début du XIX^e siècle. L'hôpital en effet connaît un grand succès et les procédures mises en place par l'administration peinent à juguler cet afflux de population, qui vient chercher des soulagement et guérison. L'hôpital répond en somme à une attente médicale de plus en plus perceptible. Du reste, la spécialisation du personnel et des services est à l'œuvre dans des établissements qui se modernisent. Tout n'est pas idéal cependant et le repos hospitalier est souvent troublé par les remous de la collectivité. Il incarne pourtant une solution médicale et sociale, préférée par de plus en plus de Parisiens, qu'il s'agit maintenant d'examiner.

TROISIEME PARTIE

**L'HOPITAL UNE REPONSE
MEDICALE ET SOCIALE
A LA MALADIE
URBAINE**

Chapitre V

L'hôpital d'une grande ville industrielle

L'étude sociale des populations hospitalisées a été considérée comme une piste pertinente¹ dès les années 1970. À cet égard les registres d'entrées de malades constituent une source inestimable, parfois irremplaçable quand on songe aux incendies de la Commune qui ont ravagé les immeubles des archives de l'administration centrale de l'Assistance publique, sise rue Victoria et au cours desquels une grande partie des sources concernant le XIX^e siècle a brûlé. Les registres d'entrées étaient en revanche conservés dans les hôpitaux eux-mêmes et ont donc été préservés. L'analyse des informations contenues dans ces registres est au cœur de ce travail de recherche. Elle permet de vérifier l'hypothèse à l'échelle de Paris, déjà vérifiée dans le cas lyonnais², d'un recours plus massif à l'hôpital, dans une société urbaine douloureuse pour les corps

¹ DESERT, G., « Les archives hospitalières, source d'histoire économique et sociale », *Cahiers des annales de Normandie*, n°10, Caen, 1977, 252 p.

JEORGER M., « Les enquêtes hospitalières au XVIII^e s. », *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 1975, ainsi que « La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime, *Annales E.S.C.*, n°5, 1977, pp. 1025-1052.

FAURE O., *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, Ed. du CNRS –PUL, 1982.

² GARDEN M., *Le budget des hospices civils de Lyon, 1800-1976*, Lyon, 1980.

FAURE O., DESSERTINE D., *Populations hospitalisées de la région lyonnaise au XIX^e et XX^e siècles*, Lyon, Programme de la région Rhône-Alpes, Recherches en sciences humaines, 1991.

comme pour les âmes³ mais qui bénéficie des progrès de la médecine et de la révolution pastorienne dès les années 1890.

L'objet de ce chapitre est donc d'interroger, d'écouter, de comprendre les malades au travers de leurs déclarations à leur entrée à l'hôpital : que nous apprennent les registres des patients qui se rendent à l'hôpital ou au Bureau central ? Ne sont-ils que des malheureux qui viennent en dernier ressort, contraints par la maladie et l'indigence ? Ou y aurait-il désormais, de plus en plus souvent un choix de l'hospitalisation de la part de patients qui savent y trouver des soins de qualité, les mieux à même de les guérir et de les soulager ? Si les réponses apportées par les registres d'entrées sont loin d'être univoques, leur analyse dans la durée permet de mieux connaître dans sa diversité la population hospitalisée, dont la jeunesse, l'isolement relatif, l'origine le plus souvent provinciale, brossent un premier portrait. Surtout, au-delà des questions sur l'état-civil et l'enracinement des malades soignés, il convient de s'interroger sur le profil social des malades hospitalisés, en tentant une analyse en deux temps des métiers qu'ils déclarent à leur arrivée : on peut examiner dans une première approche un peu grossière les groupes socio-professionnels présents à l'hôpital, puis dans un second temps, se lancer dans un examen plus approfondi des métiers et des secteurs d'activité, faisant dès lors le lien entre un séjour à l'hôpital et une activité professionnelle, facteur indéniable de pathologies.

³ La vie urbaine est perçue comme un enfer pour les corps, dans la vision hygiéniste de la grande ville dévoreuse du sang et de la santé des individus. Mais elle est aussi le lieu de perte des âmes, car les mœurs y sont dépravées, et le relâchement des devoirs religieux perceptible. Voir l'extrait de P. DEGHILAGE, *La dépopulation des campagnes : les causes, les effets, les remèdes*, 1900, p. 2 cité par FARCY J.-C., FAURE A., *La mobilité d'une génération de Français*, Paris, Cahiers de l'INED n°151 – INED, 2003, p. 461.

A. Les sources hospitalières : une grille de lecture

1. *Les registres d'entrées des hôpitaux*

1.1. *Les informations*

Ces registres contiennent une grande quantité d'information pour qui veut bien s'y pencher. Gabriel Désert a insisté sur la « masse documentaire énorme des hospices et hôpitaux encore largement inexploitée » contenue dans ces registres qui constituent « un matériau de premier choix [*fournissant des*] renseignements irremplaçables, homogènes et continus, permettant un éclairage de certains aspects de la vie économique et une meilleure connaissance de la vie sociale. »⁴ Dans le cas parisien, l'étude des registres d'entrées paraît d'autant plus justifiée qu'il n'existe pas de source continue comparable pour le XIX^e siècle⁵. Certes les *Comptes Moraux* nous renseignent sur la gestion de l'institution hospitalière au sein de l'énorme machine de l'Assistance publique. Mais les malades n'y entrent que de manière anonyme, cohorte indistincte de « lits ». Par contre, les registres d'entrée constituent une « source fondamentale » dans laquelle sont consignées des informations sur l'état-civil, le mode de vie et les pathologies des malades admis⁶. Ils fournissent

⁴ DESERT, G., « Les archives hospitalières, source d'histoire économique et sociale », *art. cit.*

⁵ Certes d'autres registres existent comme les registres de destination des corps, des registres de personnel, des registres et répertoires d'entrées des femmes enceintes, des registres des décès, des inventaires après décès, des registres de convalescents, mais ils n'ont pas été conservés systématiquement aux Archives de l'Assistance publique et sont de ce fait fort lacunaires et inégaux selon les établissements. Voir RICHE S. ET RIQUIER S., *Des hôpitaux à Paris. État des fonds des Archives de l'AP-HP XIIe-XXe siècles*, Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 2000.

⁶ *Ibid.*

une grille d'analyse autrement plus fine, ouvrant ainsi une porte sur la société parisienne du XIX^e siècle.

Ces registres se présentent sous la forme de grands ouvrages manuscrits dans lesquels sont inscrits par ordre d'arrivée tous les malades admis à l'hôpital. Remplis vraisemblablement par le médecin ou l'interne de garde au moment de l'admission, ils sont complétés à la sortie du patient. Chaque ligne correspond à un patient auquel se rattachent différents types d'informations ventilés sur une quinzaine de colonnes. Dans la première figure le numéro d'admission du malade par ordre d'entrée au cours de l'année, donnant un aperçu du nombre d'admis. La deuxième précise, quand il y a lieu, le numéro d'admission au Bureau central, ce qui permet de savoir si l'admission a été directe et peut fournir une indication sur l'origine des malades. La 3^e contient le nom et le prénom du malade, moyen aisé de déterminer le sexe du malade. La 4^e indique son âge et la 5^e sa profession. Alors que les quatre premières colonnes sont toutes directement exploitables, cette dernière a nécessité un regroupement en grandes catégories en raison de l'extrême diversité présentée par les métiers au XIX^e siècle. La 6^e colonne contient l'adresse du malade avec la rue⁷, le numéro du bâtiment, éventuellement la ville et le département si celui-ci n'est pas résidant de la Seine. Cette information permet d'ébaucher l'aire de recrutement d'un hôpital, dans la ville voire parfois au-delà. La commune et le département de naissance sont précisés dans la 7^e colonne. Est alors donné un aperçu des origines géographiques et des migrations des malades, parisiens de souche, provinciaux ou étrangers immigrés habitant une grande capitale européenne. La 8^e colonne indique la situation matrimoniale du malade, qu'il soit célibataire, marié, veuf ou divorcé. Précieuse quant à la connaissance du mode de vie des hospitalisés, elle nous renseigne également sur les conséquences de la solitude comme facteur aggravant de l'hospitalisation. La 9^e colonne mentionne la salle dans laquelle est admis le malade mais n'a pas été

⁷ L'arrondissement pour Paris ou le département si l'adresse n'était pas à Paris ont seuls été saisis. Le classement par rues et par quartier, un instant envisagé, a dû être abandonné en raison des difficultés posées par le changement de dénomination, pas toujours identifiables à une période de grands aménagements urbains à Paris.

saisie en raison de la difficulté de son interprétation : n'ayant pas de connaissance précise de la répartition des salles selon les services, certaines d'entre elles ayant été en outre débaptisées au moment de la laïcisation, on a donc jugé qu'elle ne constituait pas une information capitale. La 10^e colonne annonce enfin le diagnostic de la maladie, cause directe de l'hospitalisation. Comme pour les métiers, le très grand éventail des dénominations a impliqué des regroupements. On s'est appuyé sur le modèle des catégories statistiques faites par l'Assistance publique, que l'on retrouve dans l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris* publié à partir de 1880. Les maladies sont classées en fonction de l'organe atteint, à l'exception des maladies qui gagnent l'ensemble de l'organisme et sont dites générales. Il convient de préciser que les naissances sont inscrites dans cette colonne, la mère figurant en général en amont dans le registre. Puis la 11^e annonce le décès s'il a lieu, ce qui nous permet de calculer le taux de mortalité à l'hôpital dont il convient néanmoins de nuancer la portée par l'ignorance que l'on a de la mortalité ou de la guérison survenant après la sortie. Les dernières colonnes indiquent le jour d'arrivée, celui de la sortie et le nombre de jour d'hospitalisation, offrant la possibilité de rapides calculs sur les durées moyennes de séjour, pouvant être croisées avec certaines pathologies. Enfin la dernière donne quelques indications très diverses : lieu où a été transféré le malade éventuellement pour convalescence, son expulsion pour indiscipline, la nature de l'arme qui a causé la blessure, si le patient a été admis à la suite d'un accident, d'une tentative de suicide... Ces observations, qui ne sont pas systématiquement renseignées, ont pu être exploitées à titre d'exemples.

Les registres d'entrées des hôpitaux sont donc une source très féconde, non exempte de limites dans la mesure où elles reposent sauf exception sur les déclarations spontanées des patients qui ne sont pas vérifiables. En dépit de ces limites, qui appellent quelques précautions d'usage, ces sources sont essentielles pour l'histoire des hôpitaux, par la quantité d'informations qu'elles recèlent sur la population qui les fréquente, données qui permettent d'en cerner au plus près les dynamiques et les évolutions.

1.2. L'échantillon

La période envisagée de soixante-cinq années imposait la constitution d'un échantillon. En regard des recherches menées par Olivier Faure et Dominique Dessertine sur les populations hospitalisées de la région lyonnaise⁸, il est apparu que le choix de nos trois hôpitaux était peut-être un peu restreint. Il eût été utile d'élargir l'étude à d'autres établissements. Mais le temps exigé pour le recueil et le traitement des données concernant ces trois hôpitaux généraux a écarté l'idée d'élargir le cadre de la recherche à d'autres établissements. On a déjà évoqué les motivations du choix de ces trois hôpitaux - neufs ou reconstruits au début et au milieu de la période - situés dans des quartiers marqués par une composante populaire assez forte, au moins pour Lariboisière et Tenon. Quant à l'Hôtel-Dieu, il demeure encore dans les esprits l'hôpital des pauvres même si le réaménagement de la Cité a imposé des recompositions et il était tentant de se pencher sur la nature des changements induits par cette reconstruction.

Traiter de l'ensemble des patients entrés dans ces trois hôpitaux entre 1849 et 1914 constituait un objectif hors de portée : aussi a-t-on opté pour la technique du sondage au 1/10^e préconisée⁹ dans ce type d'étude. Le nombre annuel d'admis était donné par les *Comptes Moraux*, l'échantillon d'une semaine tous les deux mois semblait répondre au critère des 10% des entrées. On a ainsi recouru à la saisie de tous les malades entrés pendant une semaine (du 1^{er} au 7) les mois pairs, toutes les huit années en partant de l'année de l'inauguration de Lariboisière, en 1854. En réalité on est parti de l'année 1855 qui est la première année complète de fonctionnement de l'hôpital car celui-ci n'ouvrant ses portes qu'en mars 1854, le mois de janvier aurait donc manqué dans l'échantillon.

⁸ FAURE O., DESSERTINE D., *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^e et XX^e siècles*, Lyon, Programme Rhône-Alpes, Recherches en sciences humaines, 1991.

⁹ C'est notamment la proportion adoptée par l'équipe de Dominique Dessertine et Olivier Faure dans leur étude des populations hospitalisées lyonnaises. Voir *Les populations hospitalisées dans la région lyonnaises (...) op. cit.*, p. 82-83 notamment. Surtout les comptes moraux renseignant sur les entrées annuelles dans chaque établissement, il est apparu assez vite qu'une semaine par mois tous les deux mois, permettait d'atteindre ces 10%.

Évidemment les reconstructions des hôpitaux considérés n'étant pas simultanées, Lariboisière a été l'hôpital le plus exploité puisque c'est celui qui est le plus ancien : les comparaisons ne sont donc possibles qu'à partir de 1879 entre les trois établissements, qui est également la première année complète de fonctionnement pour Tenon et la deuxième pour le nouvel Hôtel-Dieu.

Tableau 1.
Entrées saisies pour l'hôpital Lariboisière

n°registres	3 & 4	20 & 21	37 & 38	53	62 & 63	78 & 79	96 & 97	112, 113 & 114	
	1855	1863	1871	1879	1887	1895	1903	1911	TOTAL
Janvier	181	162	250	186	190	342	312	461	2084
Mars	221	186	222	206	268	372	341	415	2231
Mai	203	202	169	176	229	314	306	402	2001
Juillet	195	173	130	188	222	287	253	401	1849
Septembre	188	184	150	178	243	327	336	470	2076
Novembre	140	157	135	165	241	334	322	358	1852
TOTAL	1128	1064	1056	1099	1393	1976	1870	2507	12093

Tableau 2.
Entrées saisies pour l'hôpital Tenon

n° registres	218	228	242	256, 257 & 258	272, 273 & 274	
	1879	1887	1895	1903	1911	TOTAL
Janvier	148	106	259	269	353	1135
Mars	161	202	304	297	323	1287
Mai	136	234	225	321	360	1276
Juillet	161	208	251	283	368	1271
Septembre	139	202	269	279	270	1159
Novembre	139	175	186	260	307	1067
TOTAL	884	1127	1494	1709	1981	7195

Tableau 3.
Entrées saisies pour l’Hôtel-Dieu

n° registres	281	289	297	305	313	
	1879	1887	1895	1903	1911	TOTAL
Janvier	115	116	178	177	232	818
Mars	147	139	194	217	242	939
Mai	133	144	165	140	235	817
Juillet	126	177	161	133	206	803
Septembre	144	135	150	173	258	860
Novembre	104	127	155	180	237	803
TOTAL	769	838	1003	1020	1410	5043

Le total des saisies (tableaux 1, 2 et 3) pour les trois hôpitaux¹⁰ représente 24 331 entrées, que l’on n’a pas distinguées : ainsi dans les entrées sont comptabilisés par exemple les jeunes accouchées et leur nouveau-né, séparément. De même les vieillards qui relèvent manifestement de l’hospice, les vénériens qui ont à Paris des hôpitaux réservés, et qui sont parfois très vite renvoyés vers d’autres établissements, n’ont pas non plus été écartés. Il s’agissait d’examiner sur la longue durée le recours à l’hôpital dans sa globalité et sa massivité. Pour l’Hôtel-Dieu, les anciens locaux – l’Hôtel-Dieu Annexe – qui subsistent au voisinage de Saint-Julien-le-Pauvre jusqu’en 1908 sont ceux d’une maternité qui possède ses propres registres d’entrées. Ceux-ci n’ont pas été consultés malgré tout l’intérêt qu’ils recèlent. Quelques parturientes sont néanmoins admises et accouchent à l’Hôtel-Dieu nouvellement reconstruit, sans qu’on les envoie dans l’Hôtel-Dieu Annexe, soit que la place y manque, soit que leur état ne puisse supporter un trajet supplémentaire. S’explique ainsi

¹⁰ Une petite partie des statistiques m’a été fournie fort aimablement par Melle Virginie Palisse qui a travaillé sur l’hôpital Tenon entre 1879 et 1895. La méthode qu’elle utilise, est inspirée également des travaux d’Olivier Faure et Dominique Dessertine. PALISSE V., *Tenon : un hôpital pour les travailleurs du nord-est parisien (1878-1895)*, Mémoire de maîtrise sous la direction de Francis Démier, Université de Paris-X Nanterre, 2002.

l'Hôtel-Dieu la faible proportion de jeunes mères venant accoucher, visiblement très inférieure à celle de Tenon et à Lariboisière.

1.3. *La méthode utilisée*

Ce sont surtout les colonnes des maladies et des professions qui ont été sources d'embarras : il a fallu les coder, trancher parfois de manière abrupte pour savoir à quelle catégorie rattacher telle ou telle appellation. Par commodité, on s'est servi du logiciel Excel permettant la construction de tableaux croisés dynamiques de deux ou trois variables, ce qui s'est révélé suffire à une approche globale de la population hospitalière : il est certain que le recours à des logiciels plus perfectionnés, nécessitant un bagage statistique plus nourri eut sans doute été préférable dans une étude démographique approfondie, mais n'a pu être envisagé dans le cadre d'une thèse. À l'avenir on peut envisager d'exploiter davantage le terrain ici défriché à l'aide notamment de bases de données du type 4 D, mais les résultats d'ores et déjà obtenus, sont très instructifs.

Les colonnes ont été saisies en respectant à peu près l'ordre de celui des registres, chacune d'elle correspondant à un champ. On a d'abord étudié chaque variable séparément sous forme de calcul de moyenne ou de répartition de pourcentage. Quelques grandes tendances se sont ainsi dégagées. Puis dans un second temps, on a croisé quelques-unes d'entre elles afin de repérer des récurrences, des liens comme celui entre maladies et professions. Enfin une étude systématique a été opérée sur un groupe de population ou sur les maladies les plus fréquentes.

Afin de mieux comprendre les facteurs de l'hospitalisation, il était nécessaire de comparer la population hospitalisée à la population générale : le recours aux instruments de démographie générale¹¹ a donc été nécessaire. Afin de trouver le meilleur outil de comparaison, il a fallu au préalable repérer

¹¹ LEGEARD C., *Guide de recherches documentaires en démographie*, Paris, Gauthier-Villars, 1966, p. 159 et suiv. contient un tableau très complet de toutes les publications qui concernent les dénombremens de la Ville de Paris, qui ne sont pas toujours très homogènes.

l'origine des malades venant se faire hospitaliser et vérifier plus précisément l'hypothèse déjà formulée d'un recours de proximité à un service hospitalier bien implanté dans son quartier.

2. Origine des malades et instruments de comparaison

Depuis la loi de 1851¹² les soins médicaux sont gratuits dans les hôpitaux pour les malades résidant à Paris, il est donc très tentant pour eux de déclarer une adresse dans la capitale, même lorsque ce n'est pas exactement le cas. Cependant, à partir de 1854, des inspecteurs de l'Assistance publique sont chargés de vérifier les adresses des malades douteux afin d'opérer les recouvrements auprès des communes véritables. Aussi, à partir de cette date, il est moins intéressant, ou plus risqué, pour les entrants, de déclarer un faux domicile parisien. On s'attend donc à ce que le rapport Paris/banlieue ne soit pas particulièrement faussé. Ces précautions prises, il convient d'examiner l'origine des patients hospitalisés à Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu.

Il est remarquable que tous les malades déclarent une adresse en 1855. La notion de « sans domicile », qui apparaît plus tardivement dans les fichiers, n'est pas une donnée reconnue : on a toujours une adresse à déclarer même s'il s'agit d'un garni ou de l'adresse d'une connaissance ou d'un hôtel. Toutes les cases de domiciles sont donc remplies sauf celles des nouveaux-nés, qui font partie des « sans domicile ou nul » portés dans le tableau 4. Le reste des sans domicile étant constitué d'individus incapables d'indiquer un lieu de résidence, accidentés, trouvés sur la voie publique.

¹² Il s'agit de la loi sur les secours du 7 août 1851 qui oblige « Paris, comme les autres communes, à hospitalier tous les individus malades, qu'ils soient ou non indigents, avec possibilité de recours contre le lieu d'origine du malade hospitalisé. », in J. GAILLARD, *Paris, la Ville (...), op. cit.*, p. 237.

Tableau 4.
Répartition des malades entrants selon leur domicile

Domicile	Répartition en 1855 uniquement pour Lariboisière-	Répartition en 1879 Lariboisière, Tenon et Hôtel-Dieu-	Répartition en 1903 Lariboisière, Tenon et Hôtel-Dieu-
Paris	65%	86,75%	85,22%
Autres communes de la Seine	29,78%	7,23%	10,06%
Autres départements	0,79%	0,48%	0,87%
Sans domicile ou nul	4,43%	5,53%	3,93%
Total	100%	100%	100%

Près des deux tiers des malades venant se faire soigner à Lariboisière en 1855 déclarent habiter dans le Paris restreint des 12 arrondissements anciens. Pour les deux autres années choisies – 1879 et 1903 – on remarque que la part prépondérante des malades domiciliés à Paris se renforce et se stabilise au détriment des habitants des autres communes de la Seine qui voient leur proportion divisée par trois. Trois explications peuvent éclairer cet état des lieux. L'annexion des communes suburbaines en 1860 est en partie responsable d'un glissement dans la catégorie des domiciliés à Paris de malades qui n'étaient pas auparavant comptés parmi les Parisiens. Une meilleure application de la loi de 1851 renforcée par le règlement de 1854 tendant à faire respecter plus strictement le paiement des frais d'hospitalisation pour les non-domiciliés à Paris a vraisemblablement contribué à écarter des malades non-Parisiens¹³. Si les chiffres de 1855 sont postérieurs à cette loi, il est probable que

¹³ On peut cependant douter de l'efficacité de la mesure, si l'on en croit le Dr Le Fort à la fin du Second Empire, à propos du recouvrement par le corps des inspecteurs, des frais d'hospitalisation de malades dont on soupçonne la fortune suffisante. « La création d'un service d'inspecteurs, écrit le docteur Léon Le Fort, qui vont dans chaque demeure interrogeant le concierge et les voisins, pénétrant dans le pauvre logis attristé par la maladie, par le départ pour l'hôpital du père ou de la mère, cherchant à savoir par un savant interrogatoire quelles sont les ressources que possèdent la famille, et suivant leur appréciation, condamnant en définitive la mère et les enfants à payer le lit que de généreux donateurs avaient cru donner gratuitement aux pauvres de Paris. C'est une mesure

le nombre des inspecteurs en 1879 et en 1903 est encore plus élevé. Enfin le vote de la loi sur l'Assistance médicale gratuite en 1893 a certainement facilité les soins médicaux en province¹⁴ mais aussi dans les communes à proximité de Paris. Les établissements hospitaliers de la banlieue proche et lointaine ont ainsi dû accroître leur capacité d'accueil gratuite n'obligeant plus les malades à se déplacer jusqu'à Paris.

Il apparaît donc bien que les malades des trois hôpitaux considérés sont avant tout des Parisiens : aussi un instrument de statistique de comparaison portant sur la capitale a-t-il été indispensable ; les *Annuaire statistiques de la Ville de Paris*¹⁵ publiés en série annuelle à partir de 1880 se sont révélés fort pratiques. On a ainsi pu comparer les populations de malades issus de l'échantillon avec les statistiques des années correspondantes. Pour ce qui est des années antérieures à 1880, les *Recueils*¹⁶ publiés également par le service de la statistique municipale ont également été consultés puisqu'ils contiennent des rappels plus succincts des dénombrements antérieurs notamment ceux de 1856, 1866 et 1872.

impopulaire et qui ne fait pas faire de véritables économies à l'administration : elle a perdu en 1865, 77 840 F tandis que le traitement des visiteurs employés s'élevait à 60 100 F. » *Paris-Guide, par les principaux écrivains et artistes de France*, 2 vol., Paris, Librairie internationale, Lacroix, Verboeckhoven et Cie, 1867. Voir également sur le rôle des inspecteurs de l'AP dans le domaine de l'enfance assistée, DE LUCA V, *Aux origines de l'État-providence. Les inspecteurs de l'Assistance publique et l'aide sociale à l'enfance 1820-1930*, Paris, INED-PUF, 2002.

¹⁴ FAURE O., « Loi d'assistance et modernisation hospitalière dans la région lyonnaise (fin XIX^e-début XX^e) », *Actes du 112^e congrès national des sociétés savantes, Colloque sur l'histoire de la Sécurité Sociale*, Lyon, 1987, pp. 177-190 et BARILLE C., « République et Assistance : implantation hospitalière et politique sanitaire et sociale au début du XX^e siècle », *Journée d'étude de la Caisse des dépôts et consignations des 14 et 15 septembre 2006 'Services publics et aménagement du territoire'* (actes à paraître).

¹⁵ PREFECTURE DE LA SEINE. DIRECTION DES AFFAIRES MUNICIPALES. SERVICE DE LA STATISTIQUE MUNICIPALE. *Annuaire statistique de la Ville de Paris (...)*, un tome par année à partir de 1880.

¹⁶ PREFECTURE DE LA SEINE. DIRECTION DES AFFAIRES MUNICIPALES. SERVICE DE LA STATISTIQUE MUNICIPALE. *Résultats statistiques des dénombrements pour la Ville de Paris et le département de la Seine*, Paris, Masson. Années 1881, 1886, 1891 et 1896 uniquement.

En examinant les domiciles déclarés par les malades du département à leur entrée à Lariboisière en 1855 (tableau 5), il est manifeste que leur proximité est un élément favorisant la venue à l'hôpital.

Tableau 5.
Répartition des domiciles des malades
de la Seine en 1855 à Lariboisière

Arrondissements les plus représentés	Lariboisière
IIe, IIIe, Ve anciens	37,77%
VIe, VIIIe, XIIe anciens	18,56%
Autres arrondissements de Paris	12,22%
La Chapelle	9,6%
Montmartre	7,28%
La Villette	4,47%
Autres communes de la Seine	10,1%
Total	100%

En 1855, plus d'un malade sur trois est domicilié dans les arrondissements situés dans l'environnement immédiat de l'établissement. Les II^e, III^e et V^e arrondissements anciens totalisent près de 40% des malades venant se faire soigner à Lariboisière. Si on y ajoute les malades issus des communes de la Chapelle et de Montmartre, elles aussi très proches de Lariboisière, près d'un malade sur deux provient des alentours de l'hôpital. Quant aux autres arrondissements plus éloignés de l'hôpital, si la totalité atteint un peu plus de 12%, chacun d'entre eux représente moins de 3% des malades de la Seine (de 2,89% pour les malades du VII^e arrondissement ancien, à 1,03% pour ceux du XI^e ancien). La même remarque s'applique aux autres communes de la Seine dont certes le total est proche des 10%, mais l'émiettement est très fort entre les origines indiquées et on constate une nette prédominance des communes les moins éloignées (2,70% des malades sont domiciliés à Belleville, commune de la Seine la plus représentée hormis La Chapelle, Montmartre et La Villette, 0,09% pour Montrouge, l'une de celle les moins mentionnées avec Passy, Puteaux, ou Grenelle). La vocation de proximité est donc contemporaine des premiers débuts de l'hôpital. Ceci est vrai encore en 1879, dans les trois hôpitaux étudiés.

On constate que le recrutement majoritaire des trois hôpitaux généraux demeure bien une clientèle proche, issue des arrondissements au voisinage direct des hôpitaux considérés (voir tableaux 6, 7 et 8).

Tableau 6.
Répartition des domiciles des malades
de la Seine en 1879 à Lariboisière

Arrondissements les plus représentés	Lariboisière
18 ^e	34,32%
10 ^e	15,42%
19 ^e	11,47%
9 ^e	9,12%
Autres arrondissements	19,46%
Autres communes de la Seine	10,14%
Total des malades de la Seine	100%

Tableau 7.
Répartition des domiciles des malades
de la Seine en 1879 à Tenon

Arrondissements les plus représentés	Tenon
20 ^e	35,84%
11 ^e	11,11%
19 ^e	10,51%
4 ^e	4,30%
5 ^e	4,18%
3 ^e	4,06%
10 ^e	3,82%
Autres arrondissements	18,27%
Autres communes de la Seine	7,88%
Total des malades de la Seine	100%

Tableau 8.
Répartition des domiciles des malades
de la Seine en 1879 à l'Hôtel-Dieu

Arrondissements les plus représentés	Hôtel-Dieu
4 ^e	20,02%
5 ^e	13,68%
3 ^e	9,08%
1 ^{er}	6,71%
2 ^e	6,05%
11 ^e	5,52%
Autres arrondissements	33,68%
Autres communes de la Seine	5,26%
Total des malades de la Seine	100%

Plus d'un malade sur trois domicilié dans la Seine et soigné à Tenon ou à Lariboisière vient respectivement du 20^e ou du 18^e arrondissement. Pour l'Hôtel-Dieu, les données semblent plus éclatées, mais les arrondissements du centre ont une superficie plus restreinte, et si l'on groupe les 4^e et 5^e arrondissements, on obtient des résultats très proches de ceux observés à Tenon et à Lariboisière. Ce sont ces quartiers qui vont permettre le découpage des circonscriptions en 1895 au moment de la suppression du Bureau central.

L'idée s'est alors imposée de prendre comme élément de comparaison de notre échantillon non pas l'ensemble de la population parisienne recensée, mais celle des arrondissements qui sont les plus représentés dans la population hospitalière, à savoir les 10^e et 18^e pour Lariboisière, les 11^e, 19^e et 20^e arrondissements pour Tenon et les 3^e, 4^e et 5^e arrondissements pour l'Hôtel-Dieu. Si imparfaite qu'elle soit, cette comparaison permet une analyse un peu plus fine qu'une simple comparaison à l'échelle de Paris. Mais ceci n'a pas toujours été possible en raison des disparités de renseignements d'un dénombrement à l'autre, en particulier pour les dénombrements de 1906 et 1911, dont les résultats publiés ne contiennent pas les données démographiques à l'échelle de l'arrondissement.

Quant aux autres malades de la Seine, ils viennent en majorité de la proche banlieue : nord pour Lariboisière, est pour Tenon. Ainsi en 1879, Clichy, Saint-Denis, Aubervilliers et Saint-Ouen sont les communes d'origine les plus représentées (3,28% des malades du département) pour les malades non-Parisiens de la Seine de Lariboisière, tandis qu'à Tenon pour la même année l'éventail est plus varié : on trouve Bagnolet, Montreuil (1,91%) mais aussi Aubervilliers, Clichy, Saint-Denis (2,15%), suivis des Lilas, et du Pré-Saint-Gervais (1,07%) comme communes d'origine des malades. L'Hôtel-Dieu offre un cadre un peu spécifique et les malades non-Parisiens qui viennent s'y faire soigner n'ont pas d'origine particulièrement bien identifiée : d'une part les registres codent simplement « Seine » lorsqu'il s'agit d'une commune du département autre que Paris, et puis à partir de 1911 pour une raison mal identifiée, les registres ne contiennent plus d'information sur le domicile des malades et cette colonne n'est plus remplie. La proximité du Bureau central de l'Hôtel-Dieu est peut-être une des explications de cette diversité apparemment plus grande. On peut envisager en effet que les malades non-Parisiens s'y rendent davantage que les Parisiens qui, eux, savent que le Bureau Central n'est pas forcément le meilleur moyen, ni le plus rapide d'être soigné ou admis à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, l'Hôtel-Dieu, proche du Bureau central d'Admission est aussi celui dans lequel on envoie en priorité les cas les plus urgents. Un examen des registres du Bureau Central apporterait un élément de réponse, mais ils n'ont malheureusement pas été conservés.

Ainsi la grande majorité des malades vient se faire soigner dans un hôpital à proximité de leur domicile, ce qui semble aller à l'encontre des idées habituellement admises sur l'envahissement des hôpitaux parisiens par les malades de la banlieue. Cette idée, ancrée dans l'esprit des administrateurs du Conseil de surveillance, trouvait son fondement essentiellement sur le recours que pouvaient représenter pour ces malades les hôpitaux spéciaux, en particulier Saint-Louis, mais aussi les Vénériens ou les hospices en général. Cet

extrait d'un rapport d'une commission du Conseil de surveillance de 1852 en donne un aperçu¹⁷ :

« Nous avons acquis la certitude que la ville de Fontainebleau, qui possède un hôpital, dirige ses filles publiques malades sur Paris, pour les faire traiter gratuitement dans nos hôpitaux [*le rapporteur pointe également les abus intolérables à l'hôpital des*] Enfants-Malades, envahis par des jeunes enfants de la banlieue ou des départements voisins de telle sorte que les enfants indigents de Paris y trouvent difficilement une place. »

En réalité, la part des malades venant de la banlieue se faire soigner dans les hôpitaux généraux de la capitale était assez mince. L'autre hypothèse repose sur d'éventuelles fausses déclarations de malades indiquant une adresse à Paris pour s'y faire admettre plus facilement, mais les registres d'entrées ne permettent pas de les identifier. L'origine des domiciles des malades étant désormais mieux connue, il convient de s'intéresser d'un peu plus près aux malades entrants à l'hôpital : qui sont-ils dans leur grande majorité ? et quels sont les indicateurs des registres d'entrées qui permettent de dessiner le profil des patients de l'hôpital parisien de la fin du XIX^e siècle ? Comprend-on mieux alors les raisons qu'ont ces populations de se rendre à l'hôpital, et au-delà les motivations pour l'éviter ?

B. La population hospitalisée

Les indicateurs de l'état-civil des malades entrés dans les hôpitaux parisiens considérés peuvent nous aider à élucider les motivations du recours à l'hôpital. L'âge, le sexe, l'isolement sont-ils des facteurs favorisant le séjour à

¹⁷ *Rapport de la commission chargée de l'examen des questions relatives à l'admission dans les hôpitaux des malades étrangers au département de la Seine*, Paris, Dupont, 1852, 27 p., AAP, D-236.

l'hôpital ? Perçoit-on des évolutions au cours de la période qui va de 1850 à 1914 qui connaît des avancées décisives en matière de recherche médicale ? Peut-on en déduire que l'hôpital fait moins peur qu'au début du siècle ?

1. *Un facteur favorisant l'entrée à l'hôpital : l'isolement*

Dans un premier temps, on constate que les malades sont très souvent des isolés. On arrive en effet à cette conclusion en combinant l'étude de différents facteurs : leur âge, leur sexe, leur situation familiale et enfin, leur lieu de naissance.

1.1. *L'âge des malades*

Tableau 9.
Répartition des âges à Lariboisière en 1855
(comparaison avec le dénombrement de 1856)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Lariboisière	4,61%	12,41%	55,67%	21,98%	5,43%
Paris	5,44%	20,52%	43,59%	23,60%	7,38%

Dès 1855, on constate (tableau 9) que seule la part des 20-39 ans est supérieure à celle qui est la sienne dans le reste de la capitale si on en croit le dénombrement de 1856. Certes, toutes les classes d'âges sont représentées. Mais plus d'un patient sur deux à Lariboisière est un jeune adulte de moins de 40 ans. La proportion des adultes de plus de 40 ans, ainsi que celle des personnes plus âgées correspondent approximativement à celle qui est la leur dans la capitale, tandis que la part des 5-19 ans est inférieure de 8 points environ à leur proportion dans la ville toute entière. En effet, dès son ouverture Lariboisière n'est pas un hôpital réservé aux enfants, mais il les accueille soit qu'ils soient effectivement malades, soit qu'il s'agisse de jeunes nourrissons dont la mère, malade, ne peut se séparer. Ils sont parfois indiqués comme étant « placés au dépôt » dans la dernière colonne.

Les comparaisons entre les trois hôpitaux n'étant possible qu'à partir de 1879, on a opté pour une étude des âges des malades hospitalisés cette année-là, puis en 1887, 1895 et 1903 (tableaux 10 à 18 et graphiques 2 à 10). Les dénombrements quinquennaux ne correspondant pas exactement avec les années de l'échantillon hospitalier, on a de préférence, établi les comparaisons avec les arrondissements qui fournissent la plus grande proportion de malades, en utilisant les données des recensements qui suivaient l'année envisagée. Ainsi, pour 1879 les chiffres sont issus du dénombrement de 1881, pour 1887, ils proviennent du dénombrement de 1891. En revanche, les données hospitalières de 1903 ont été comparées avec celle du dénombrement de 1901, car celui de 1906¹⁸ ne comprenait pas les structures par âge des habitants au niveau de l'arrondissement.

Tableau 10.
Répartition des âges à Lariboisière en 1879
(comparaison avec le dénombrement de 1881)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Lariboisière	10,83%	9,83%	50,41%	22,20%	6,73%
10 ^e	5,54%	19,18%	44,08%	24,92%	6,28%
10e, 18e, 19e	7,07%	21,59%	40,43%	24,27%	6,64%
Paris	6,63%	22,59%	37,49%	24,18%	7,76%

¹⁸ *L'Annuaire statistique de la Ville de Paris pour 1905* (sic), Paris, Préfecture de la Seine, 1907, contient l'analyse du dénombrement de 1906. De même *L'Annuaire statistique de la Ville de Paris pour 1911*, Paris, Préfecture de la Seine, 1912, contient les résultats succincts du dénombrement de 1911.

Graphique 1.
Classes d'âges des malades de Lariboisière
et de la population proche en 1879 et 1881

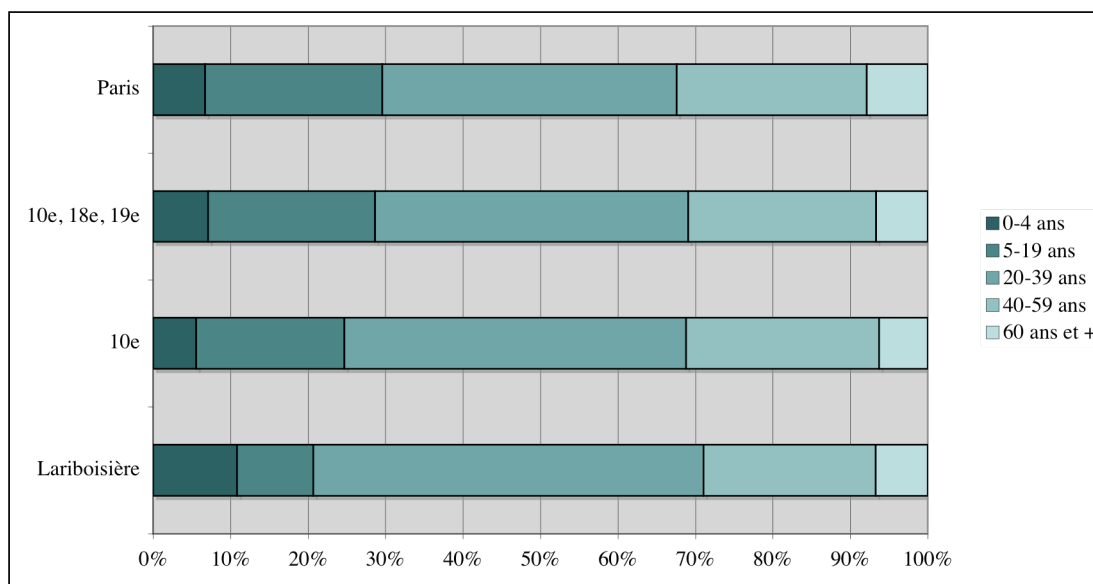


Tableau 11.
Répartition des âges à l'Hôtel-Dieu en 1879
(comparaison avec le dénombrement de 1881)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Hôtel-Dieu	6,09%	9,59%	54,01%	20,85%	9,46%
4e	6,40%	21,21%	38,33%	22,59%	8,46%
3e, 4e, 5e	5,90%	21,06%	40,15%	24,88%	8,01%
Paris	6,63%	22,59%	37,49%	24,18%	7,76%

Graphique 2.
Classes d'âges des malades de l'Hôtel-Dieu
et de la population proche en 1879 et 1881

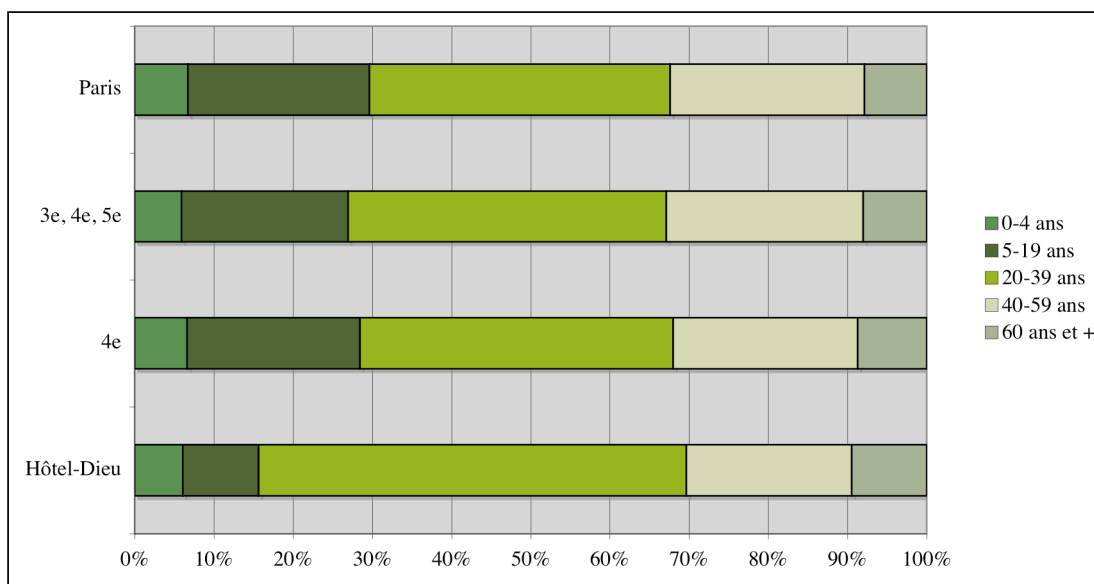
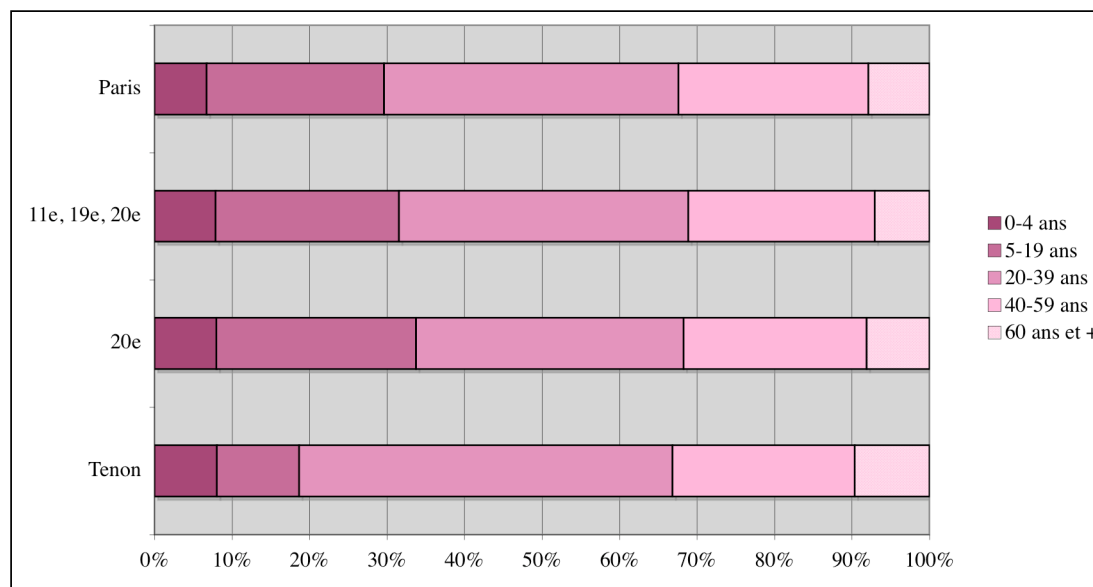


Tableau 12.
Répartition des âges à Tenon en 1879
(comparaison avec le dénombrement de 1881)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Tenon	8,03%	10,63%	48,17%	23,53%	9,64%
20 ^e	7,98%	25,77%	34,55%	23,59%	8,11%
11e, 19e, 20 ^e	7,88%	23,68%	37,32%	24,05%	7,07%
Paris	6,63%	22,59%	37,49%	24,18%	7,76%

Graphique 3.
Classes d'âges des malades à Tenon et
de la population proche en 1879 et 1881



On constate à l'hôpital l'étonnante sur-représentation, chez les adultes, des catégories les plus jeunes : *a priori* la jeunesse est plutôt synonyme de santé et on peut être surpris de compter parmi les hospitalisés autant de jeunes : la classe des 20-39 ans surtout apparaît presque toujours systématiquement sur-représentée – de 10 à près de 17 points pour Lariboisière et l'Hôtel-Dieu – par rapport à sa part dans les arrondissements environnants, au premier rang des quartiers qui fournissent le plus de malades. Ces premières observations demandent à être vérifiées sur le long terme.

Tableau 13.
Répartition des âges à Lariboisière en 1887
(comparaison avec le dénombrement de 1891)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Lariboisière	7,11%	9,48%	54,55%	21,82%	7,04%
10 ^e	4,64%	17,62%	45,09%	34,36%	7,73%
10e, 18e, 19e	7,12%	21,50%	40,03%	23,06%	7,57%
Paris	6,79%	21,12%	39,98%	24,12%	8,72%

Graphique 4.
Classes d'âges des malades à Lariboisière
et de la population proche en 1887 et 1891

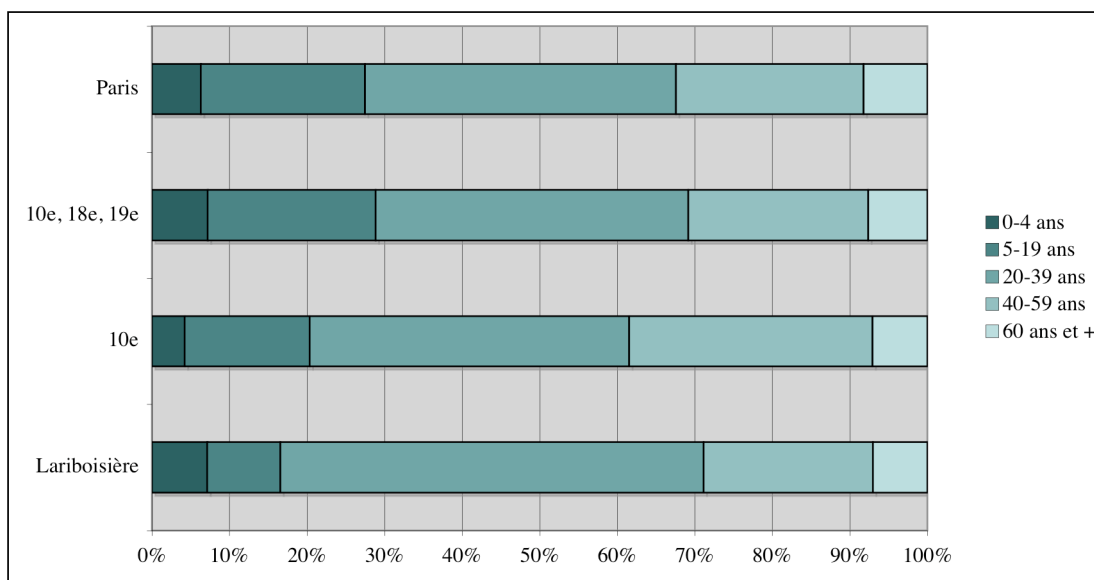


Tableau 14.
Répartition des âges à l'Hôtel-Dieu en 1887
(comparaison avec le dénombrement de 1891)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Hôtel-Dieu	2,51%	9,55%	50,59%	26,61%	10,74%
4 ^e	5,43%	18,55%	43,12%	24,87%	7,73%
3 ^e , 4 ^e , 5 ^e	5,37%	19,66%	43,48%	25,41%	7,67%
Paris	6,29%	21,12%	39,98%	24,12%	8,22%

Graphique 5.
Classes d'âges des malades à l'Hôtel-Dieu
et de la population proche en 1887 et 1891.

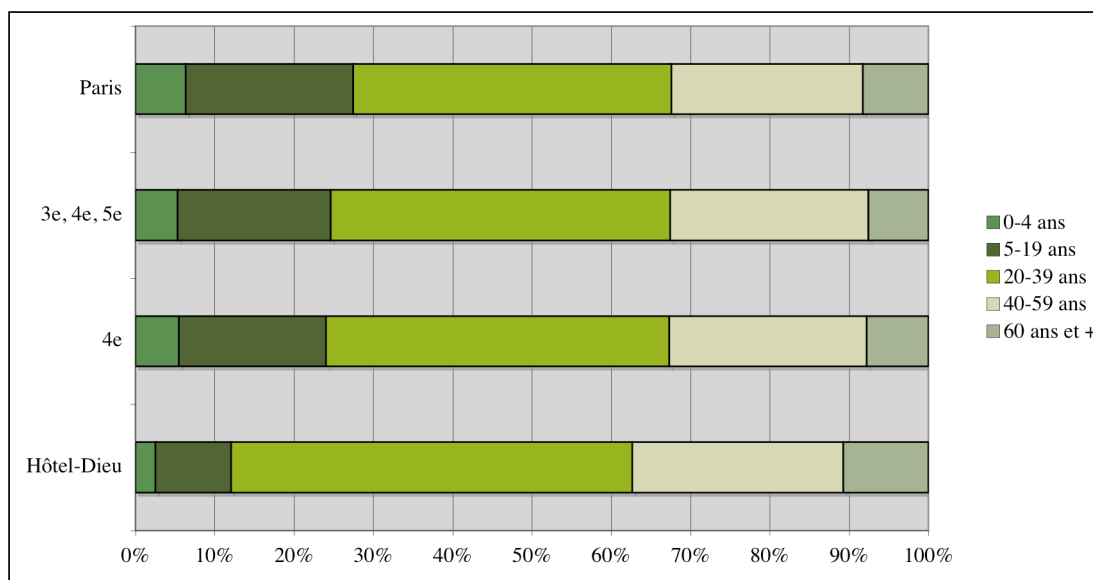


Tableau 15.
Répartition des âges à Tenon en 1887
(comparaison avec le dénombrement de 1891)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Tenon	8,07%	10,22%	44,97%	27,06%	9,68%
20 ^e	8,93%	25,02%	33,92%	23,60%	8,54%
11e, 19e, 20e	8,09%	23,50%	36,62%	23,88%	7,86%
Paris	6,29%	21,12%	39,98%	24,12%	8,22%

Graphique 6.
Classes d'âges des malades à Tenon
et de la population proche en 1887 et 1891.

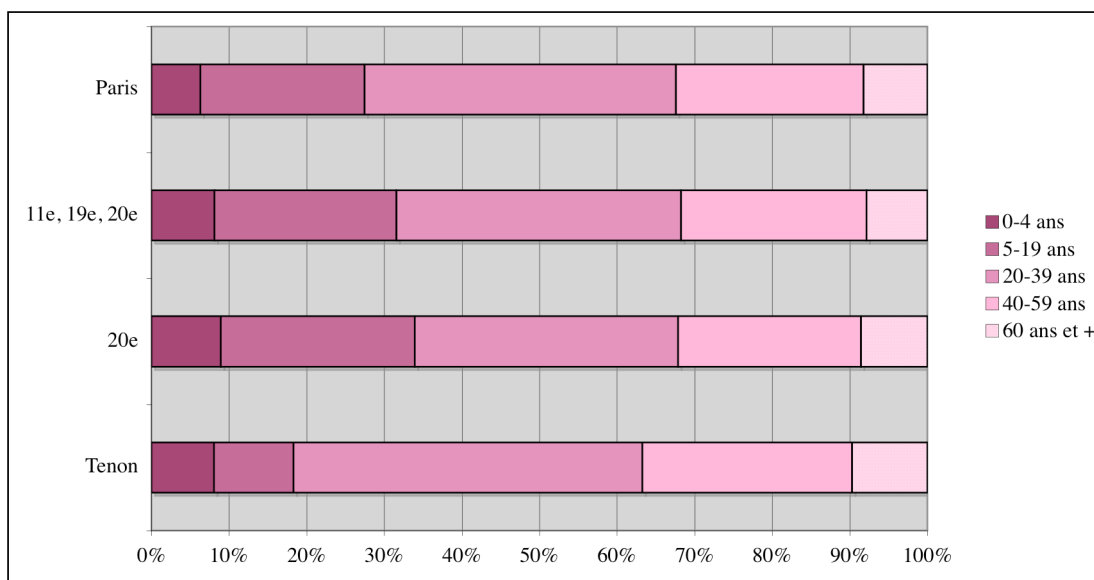


Tableau 16.
Répartition des âges à Lariboisière en 1903
(comparaison avec le dénombrement de 1901)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Lariboisière	7,86%	8,56%	47,86%	25,19%	10,53%
10 ^e	5,16%	18,06%	43,36%	24,98%	8,44%
10e, 18e, 19 ^e	7,18%	21,05%	40,05%	23,89%	7,82%
Paris	6,07%	20,56%	41,44%	23,98%	7,95%

Graphique 7.
Classes d'âges des malades à Lariboisière
et de la population proche en 1903 et 1901.

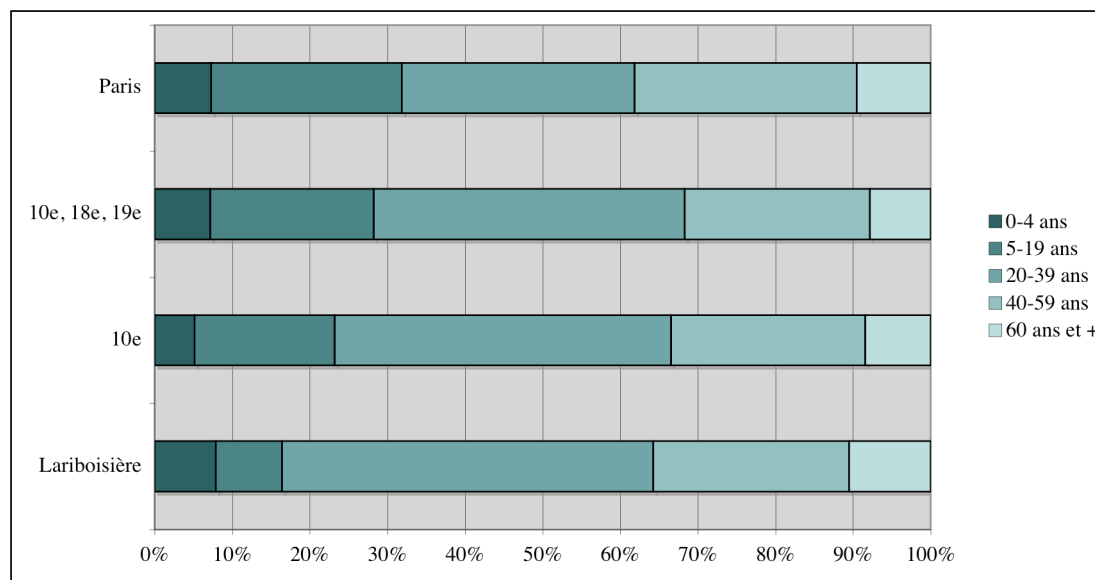


Tableau 17.
Répartition des âges à l'Hôtel-Dieu en 1903
(comparaison avec le dénombrement de 1901)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Hôtel-Dieu	2,64%	10,88%	43,33%	30,41%	12,74%
4e	5,73%	19,92%	41,95%	24,49%	7,89%
3e, 4e, 5e	5,55%	21,76%	42,46%	24,40%	8,06%
Paris	6,07%	20,56%	41,44%	23,98%	7,95%

Graphique 8.
Classes d'âges des malades à l'Hôtel-Dieu
et de la population proche en 1903 et 1901

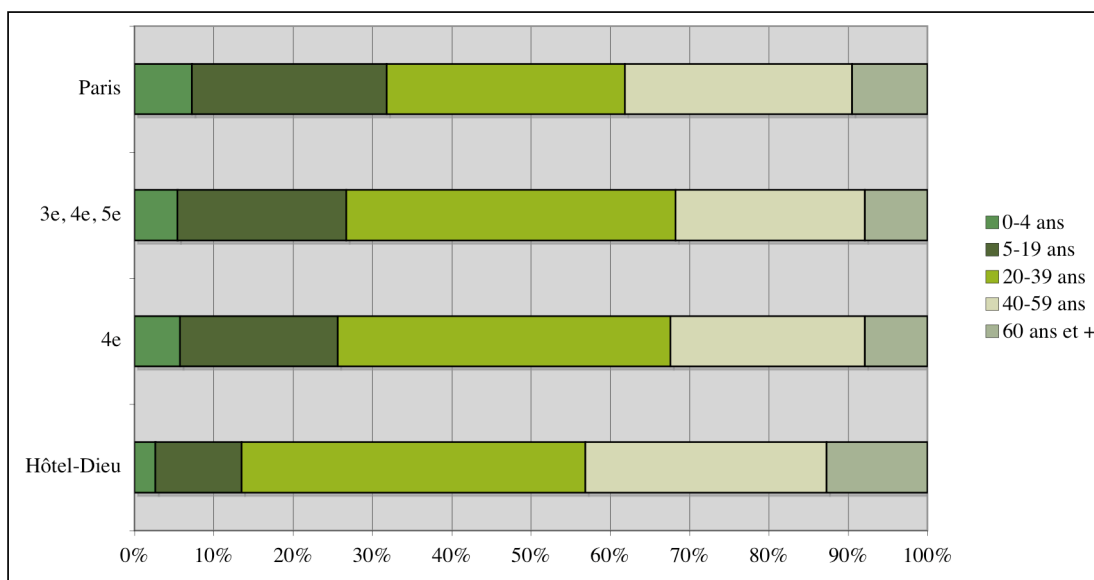
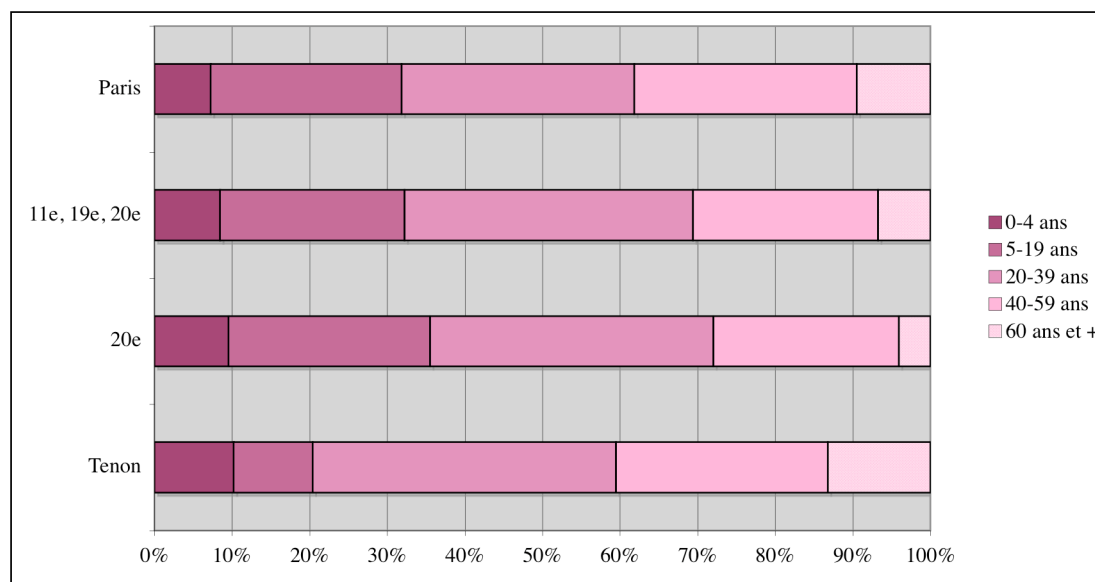


Tableau 18.
Répartition des âges à Tenon en 1903
(comparaison avec le dénombrement de 1901).

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
Tenon	10,19%	10,19%	39,08%	27,32%	13,22%
20 ^e	9,07%	24,74%	34,78%	22,77%	3,86%
11e, 19e, 20 ^e	8,21%	23,20%	36,16%	23,25%	6,54%
Paris	6,07%	20,56%	41,44%	23,98%	7,95%

Graphique 9.
Classes d'âges des malades à Tenon
et de la population proche en 1903 et 1901

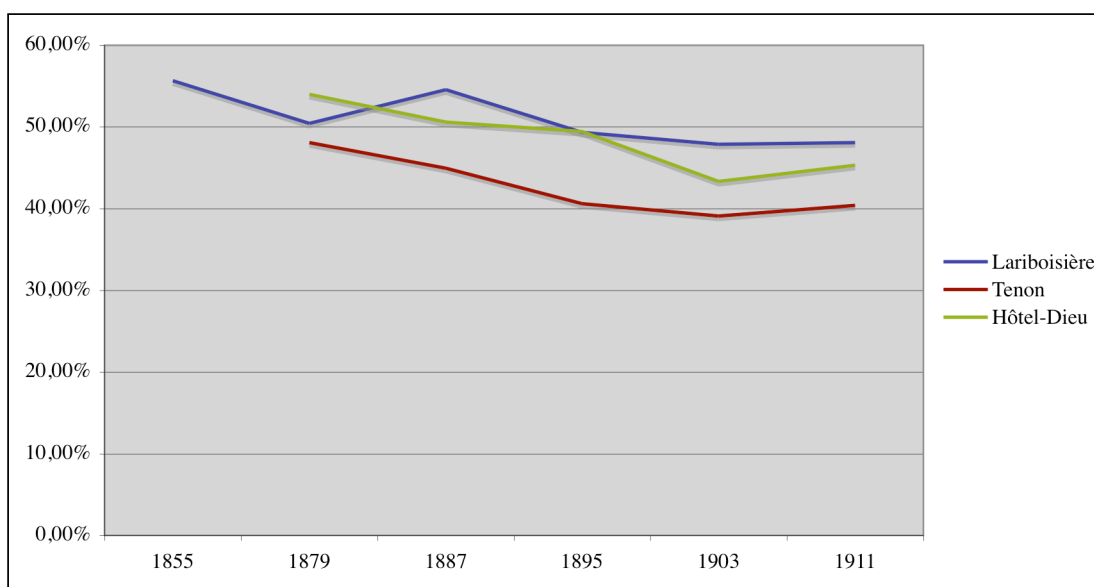


Sur l'ensemble des trois années 1879, 1887 et 1903 prises comme références, l'observation préliminaire faite à Lariboisière dès 1855 se confirme : constamment la part des 20-39 ans est sur-représentée dans les arrondissements majoritaires parmi les domiciles des malades. À l'échelle de la ville, la même observation se vérifie. Cependant, une tendance au retournement semble à l'œuvre : massive au début de la période, la sur-représentation est beaucoup moins nette dans les toutes premières années du nouveau siècle (de deux à quatre points d'écart seulement entre les chiffres de 1903 et le dénombrement de 1901). Une autre constatation récurrente est apparue : la sous-représentation régulière des 5-19 ans, à un âge où l'activité professionnelle est minoritaire, ce qui laisse présager que le recours à l'hôpital a manifestement partie prenante avec les risques au travail. Peut-être sont-ils aussi moins présents parce qu'on les garde davantage à la maison. Quant aux 40-59 ans, leur part est assez proche de ce qu'elle est dans les arrondissements avoisinants, mais elle connaît un destin inverse à celui de 20-39 ans. Légèrement sous-représentés en 1879, ils semblent peu à peu convaincus de venir se soigner à l'hôpital et s'y rendent légèrement plus que leur proportion dans les arrondissements proches à la fin

de la période. Les âges extrêmes enfin sont inégalement représentés selon les époques et les hôpitaux.

Si on veut synthétiser et comparer les résultats d'un hôpital à l'autre sur la période on peut lire sur le graphique 10, l'évolution de la part des 20-39 ans, majoritaire pour les trois hôpitaux considérés au cours des années sur l'ensemble des hospitalisés, et qui serait encore augmentée si on enlevait les naissances de l'ensemble de la population hospitalisée, puisqu'ils sont considérées dans les registres comme des «entrants », bien qu'ils ne soient pas des malades à proprement parler.

Graphique 10.
Évolution des 20-39 ans à Tenon, Lariboisière et l'Hôtel-Dieu



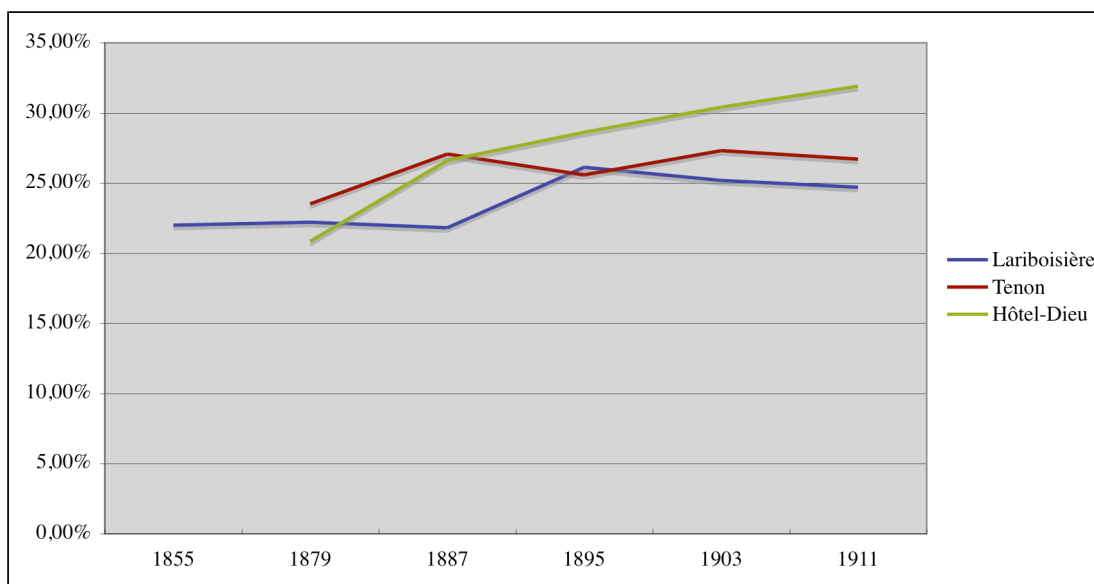
On constate que cette part va en diminuant assez légèrement pour l'Hôtel-Dieu et Lariboisière et qu'elle se situe pour ces deux établissements à des proportions relativement voisines, proches de la moitié des entrées. À l'Hôtel-Dieu la proportion des 20-39 ans diminue un peu plus vite qu'à Lariboisière : alors qu'elle lui était supérieure jusqu'en 1895, elle s'infléchit et lui devient inférieure pour remonter légèrement ensuite et se stabiliser à un niveau équivalent. Tenon se distingue en revanche, avec des taux légèrement inférieurs qui diminuent de 1879 à 1903 pour se stabiliser autour de 40% du total, sans toutefois retrouver son niveau initial proche de 50%. Sur toute la période, la classe des 20-39 ans représente le contingent le plus important des malades

hospitalisés. La jeunesse de la population hospitalisée apparaît donc comme une caractéristique majeure. Le paradoxe n'est qu'apparent. Certes il s'agit d'une population qu'on imagine plus robuste et moins fragile que les classes les plus extrêmes de la pyramide des âges, mais cette population connaît aussi les risques professionnels les plus grands, induits par des travaux plus physiques et plus dangereux. Plus exposée, elle serait aussi moins prudente dans l'exercice de ces activités.

Un rapide examen de l'éventail des âges au sein de cette catégorie permet de vérifier que les plus jeunes sont aussi les plus nombreux : ainsi les moins de trente ans représentent 57,72% des patients de la classe des 20-39 ans en 1887 à Tenon. Par ailleurs, dans la catégorie des 5-19 ans, les jeunes âgés de 15 à 19 ans totalisent une majorité écrasante (97,39%) pour la même année. La jeunesse serait donc un facteur très contraignant d'entrée à l'hôpital : il est possible qu'en l'absence de famille à charge, l'entrée à l'hôpital pour se faire soigner soit perçue comme une solution pratique qui n'empiète pas sur un budget familial précaire. Elle résulterait dans ce cas d'un choix déterminé. La jeunesse des patients est peut-être aussi liée à une relative instabilité familiale et professionnelle, expliquant ainsi une entrée à l'hôpital d'individus démunis ne sachant trop où aller quand la maladie les frappe, ce qu'il conviendra de vérifier et de nuancer dans l'étude des professions. Dans les deux cas, on constate que l'hospitalisation n'effraie plus au point de vouloir y échapper par tous les moyens, et qu'il est désormais banal de venir s'y faire soigner.

La deuxième classe d'âge la plus représentée est celle des 40-59 ans. On constate que celle-ci connaît une assez nette augmentation tout au long de la période, mais sa part reste assez proche du quart des patients hospitalisés pour Tenon et Lariboisière, alors qu'elle atteint le tiers en fin de période pour l'Hôtel-Dieu.

Graphique 11.
Évolution des 40-59 ans à Tenon, Lariboisière
et l'Hôtel-Dieu entre 1855 et 1911



Au total, la part des 20-59 ans est largement majoritaire parmi les patients hospitalisés et si leur évolution connaît des destins inverses, on peut imaginer un peu hâtivement que c'est parce que l'une commence à supplanter l'autre. Ainsi les patients les plus jeunes viendraient de moins en moins à l'hôpital, alors que les adultes les plus âgés, plus installés dans la vie se rendraient davantage à l'hôpital avant 1914. La réalité doit prendre en compte l'évolution sur l'ensemble de la période. L'indice d'une médicalisation¹⁹ accrue de la société urbaine, passant par un recours plus fréquent à l'hôpital, est manifestement à l'œuvre dans cette mutation. L'allongement de la durée de la vie est également visible. Au début de la période, les plus jeunes sont plus nombreux à venir se faire soigner à l'hôpital car ils n'ont pas le choix et s'y rendent par nécessité, l'absence d'une famille à charge leur rendant la tâche plus aisée. À la veille de

¹⁹ LEONARD J., *La France médicale au XIX^e siècle*, Paris, Paris, Gallimard, 1978, en particulier l'introduction dans laquelle il rappelle que « la durée de vie moyenne des Français augmente de 20 ans entre la génération antérieure à la Révolution française et la Grande Guerre »; ainsi que FAURE O., *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993.

la première guerre mondiale, même s'ils demeurent encore majoritaires, leur nombre a diminué au profit de malades un peu plus âgés qui ont sans doute délibérément opté pour des soins médicaux que l'hôpital semble le mieux à même de fournir. Surtout, une partie des individus qui a commencé à fréquenter l'hôpital dans les années 1880, à l'époque de sa jeunesse - moins de 30 ans - est vraisemblablement la même qui continue de s'y faire soigner dans les années 1910, à l'approche de la cinquantaine : on aurait en somme dans cette évolution le signe d'une génération ayant pris l'habitude de se rendre à l'hôpital.

1.2. *Les vieillards et les enfants*

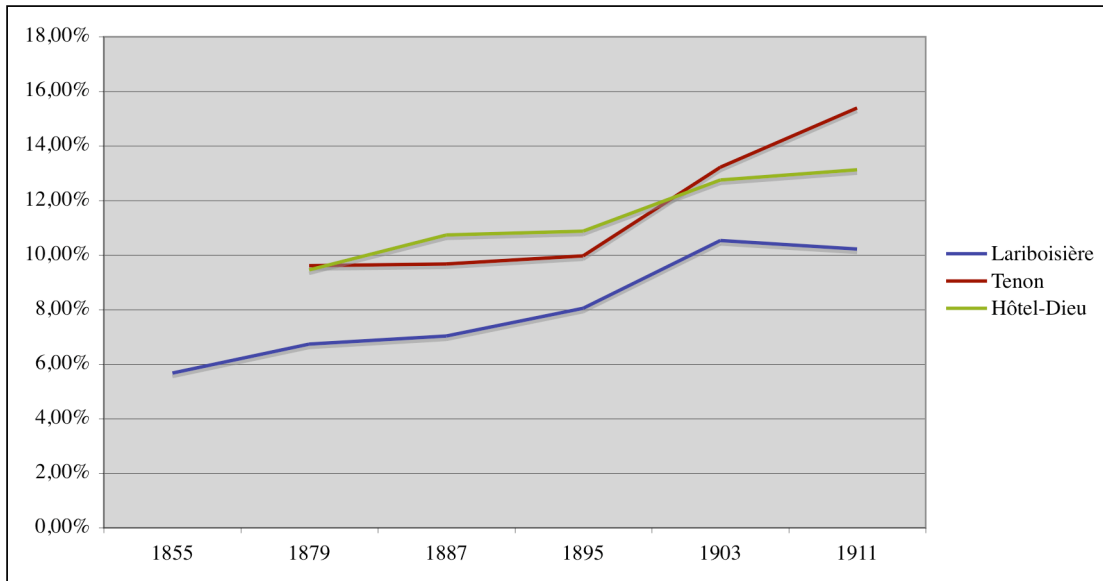
Faiblement représentés, ils ne viennent qu'occasionnellement à l'hôpital et dans des circonstances bien particulières : leur faible présence est l'indice de l'incapacité des établissements spécialisés à les accueillir. Les délais d'attente dans les hospices sont particulièrement longs, le nombre de places d'accueil étant toujours inférieur au nombre des demandes. Les *Correspondances* entre le directeur de Lariboisière et le directeur de l'AP contiennent quelques exemples de malades âgés²⁰, désorientés, abandonnés à l'hôpital alors même qu'ils ont encore une famille, qui ne peut plus ou ne souhaite plus garder à sa charge. On constate cependant que leur nombre dans les hôpitaux considérés est en augmentation (graphique 12) ce qui plaide pour un usage de plus en plus massif de l'hôpital de la part du « continent gris »²¹ dans une société urbaine où

²⁰ «Monsieur S. Léonard, 69 ans, sans profession, ne pouvant faire connaître son domicile (n° 950 des entrées) refusé le matin à la consultation par M. le Docteur Guyot, comme infirme, a été abandonné dans la salle par son gendre qui s'est enfui. J'ai dû recevoir ce malheureux d'office, parce qu'il est privé de l'usage de ses membres et ne peut parler que difficilement. Je viens vous prier de vouloir bien le faire savoir ce que je dois faire en cette circonstance. Cet homme dit avoir antérieurement demeuré rue des Rosiers à Saint-Ouen, chez son gendre M. R. employé des chemins de fer de l'Est. » *Note du 6 février 1873, Correspondance de la direction de l'hôpital Lariboisière, AAP, 722W115.*

²¹ L'expression est utilisée par Elise Feller afin de souligner la faiblesse de la réflexion sur les plus âgés au début du XXe siècle, alors même que la France connaît une crise démographique sans équivalent dans le reste de l'Europe. Voir sa thèse *Vieillesse et société dans la France du premier XXe siècle (1905-1953)*, Paris, Presses universitaires du Septentrion, 2 vol., Villeneuve d'Ascq, 1997 ainsi qu'une version plus synthétique, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960, Du vieillard au retraité*, Paris, S. Arslan, 2005. Voir

l'allongement de la vie est perceptible, et où les solidarités entre les générations, de même que les pressions très fortes sur les logements, n'imposent plus comme auparavant le devoir de s'occuper des aînés à domicile²².

Graphique 12.
Évolution des plus de 60 ans à Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu entre 1855 et 1911



Quant aux plus jeunes, l'irrégularité est très grande selon les années et les hôpitaux. D'une manière générale, si on ôte les naissances et les enfants indiqués comme « nourrissons » qui accompagnent leur mère souffrante, la place des enfants dans les hôpitaux est très marginale. On a déjà signalé qu'il existait des hôpitaux plus particulièrement destinés aux enfants dès le début du

également BOURDELAIS P., *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, O. Jacob, 1997.

²² Elise Feller au cours de son chapitre intitulé « Le temps des hospices » indique bien l'insuffisance des structures à Paris pour les personnes âgées, qu'on nomme « vieillards » dès 60 ans, ainsi que le développement endémique du « secours d'hospice », indemnité délivrée à tous ceux qui remplissaient les conditions pour être admis à l'hospice, mais qui attendaient qu'une place soit libre. En outre, la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards indigents a vraisemblablement conduit certains d'entre eux sur le chemin de l'hôpital. Voir FELLER E., *Viellissement et société dans la France du premier XXe siècle (1905-1953)*, Paris, Presses universitaires du Septentrion, 2 vol., Villeneuve d'Ascq, 1997.

siècle, ce que soulignait la morale très rigoriste des administrateurs des hôpitaux qui déconseillait de mélanger les enfants au reste des malades.

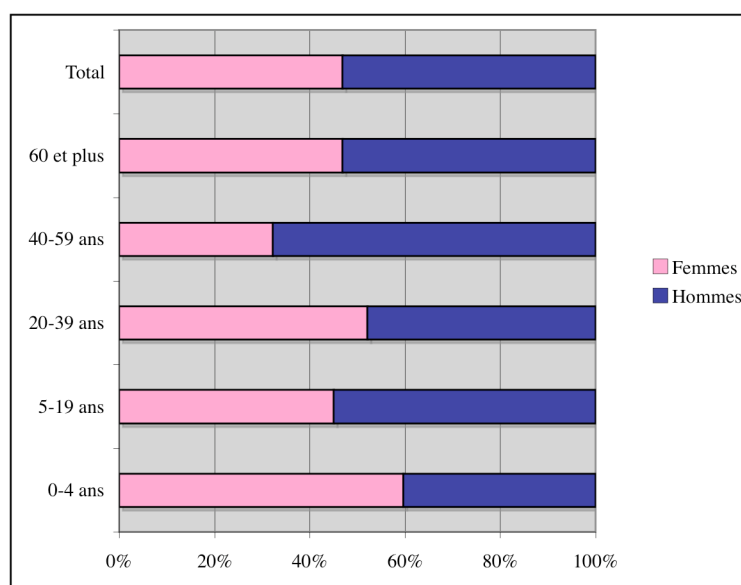
2.2. Le sexe et l'âge.

Si dans l'ensemble de la population hospitalisée les hommes prédominent (graphiques 13 à 15), l'analyse de la répartition des sexes par classe d'âge fait apparaître d'autres critères notamment l'activité.

Tableau 19.
Répartition par sexes selon les tranches d'âges en 1855 (Lariboisière)

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et plus
Femmes	59,61%	45%	52,08%	32,25%	46,88%
Hommes	40,39%	55%	47,92%	67,75%	53,12%

Graphique 13.
La répartition des sexes selon les classes d'âges en 1855



Selon leur âge les hommes et les femmes n'ont pas le même rapport à l'hôpital. En 1855, les femmes sont plus représentées que les hommes dans les

tranches des 20-39 ans et des 0-4 ans. Les hommes sont majoritaires dans toutes les autres classes d'âge. Est-ce que la réticence des individus à se rendre à l'hôpital serait plus féminine ? On peut en douter d'autant que la tranche (20-39 ans) où elles sont majoritaires est également celle qui est la plus massive à se rendre à l'hôpital. Cette tranche d'âge correspond aussi à celle de la maternité, qui est effectivement une cause importante de l'hospitalisation des femmes. Enfin, les hommes connaissent un taux d'activité supérieur²³ à celui des femmes. Ceci pourrait expliquer qu'ils aient, plus que les femmes, recours à l'hôpital dans les autres classes d'âges, en raison de risques professionnels plus grands²⁴ L'étude des maladies devrait permettre de vérifier cette hypothèse, en essayant d'identifier la part des maladies d'origine professionnelle²⁵.

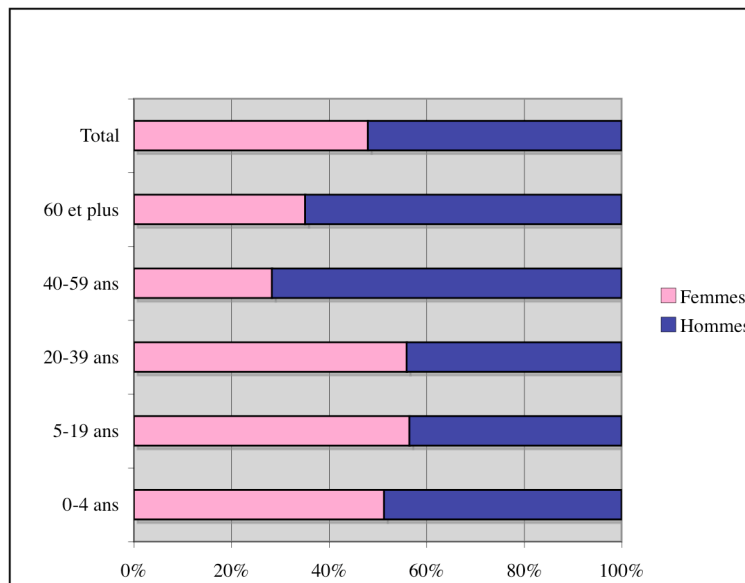
On peut s'interroger sur la constance de cette tendance sur la période en comparant le sexe et les classes d'âges représentées à l'hôpital Lariboisière pour les années 1879 et 1911 (graphiques 14 et 15).

²³ Le travail féminin concerne 30% de la population active en 1866, 37,7% en 1906 d'après A. DEWERPE, *Le monde du travail en France 1800-1950*, Paris, A. Colin, 1989, p. 96.

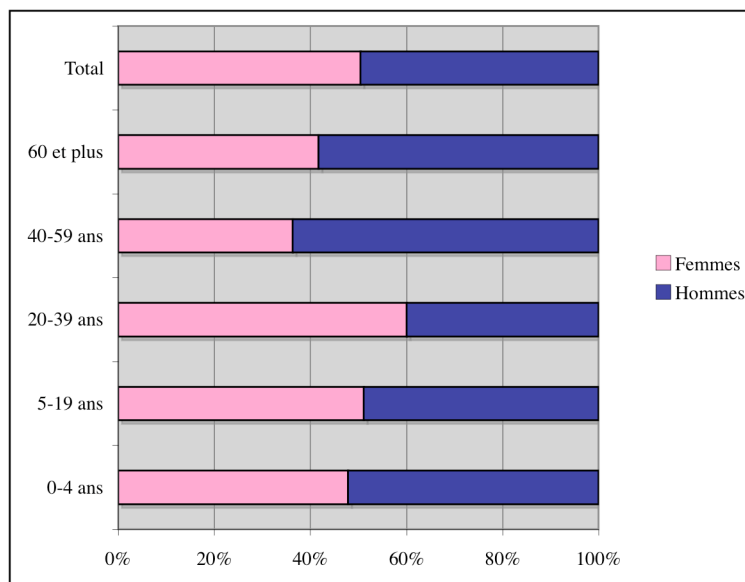
²⁴ En analysant les taux de mortalité des ouvriers par professions, à la fin du XIX^e siècle A. Cottureau remarque la « coïncidence parfaite entre hiérarchie des conditions de travail et hiérarchie des mortalités. Cette coïncidence ne correspond ni à une hiérarchie de rang social, ni à une « hiérarchie de salubrité de professions » au sens ramazziniste. La hiérarchie des mortalités des professions masculines et féminines, correspond avant tout à la conjonction de l'intensité physique du travail et de l'asservissement. » in COTTEREAU A., « Usures au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières en France au XIX^e siècle », *Le Mouvement social*, n° 124, juillet-septembre 1983, p. 89. Il met bien en évidence notamment les stratégies d'évitement des femmes pour échapper à cet asservissement professionnel, en particulier dans la vie conjugale.

²⁵ Voir chapitre 6.

Graphique 14.
La répartition des sexes selon
les classes d'âges en 1879



Graphique 15.
La répartition des sexes selon
les classes d'âges en 1911



En effet, l'hospitalisation selon les classes d'âges présente des constantes, qui sont du reste repérables d'un hôpital à un autre. Les femmes seraient ainsi moins nombreuses que les hommes à se rendre à l'hôpital dans toutes les

classes d'âges sauf pour les 20-39 ans où leur proportion l'emporte sur les hommes. Les statistiques pour Tenon et l'Hôtel-Dieu sont très comparables à celles observées pour Lariboisière et plaident également pour un recours plus féminin à l'hôpital à une période qui correspond à celle de leur plus grande fécondité. La réticence féminine à l'hôpital qui se fait sinon entendre, est peut-être liée à une plus grande pudeur ressentie devant un corps de médecins uniquement masculin, ce à quoi s'ajoute peut-être la moins grande exposition des corps féminins à des travaux physiques, à l'alcool ou aux bagarres²⁶, évidemment plus masculines.

2.3. *Le poids des célibataires*

Les informations fournies par la situation familiale de ces patients permettent de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'ensemble serait dominé par de jeunes adultes encore instables, et auxquels l'isolement fournirait une raison supplémentaire de se rendre à l'hôpital. Évidemment le célibat ne suffit pas à prouver que le malade est seul, puisqu'il existe une forte proportion de concubins dans les grandes villes et en particulier à Paris. Il suggère néanmoins une situation plus vulnérable que celle du marié. Pour une année comme 1887, prise au milieu de notre période, on constate que pour les trois hôpitaux la proportion est comparable :

²⁶ La dernière colonne consacrées aux mentions les plus diverses, est quelquefois bavarde sur les circonstances d'arrivée d'un blessé : en particulier « blessé dans une rixe » est très récurrent et systématiquement masculin. On les trouve à 24 reprises pour la seule année 1895 à l'Hôtel-Dieu. Voir à ce sujet l'étude que Francis Démier et Jean-Claude Farcy ont consacré aux conséquences de la loi Bérenger du 26 mars 1891, visant à séparer les délinquants occasionnels des récidivistes en introduisant la notion de sursis dans le droit pénal français, qui met bien en évidence l'existence d'une délinquance plus proprement masculine. DEMIER F., FARCY J-C, *Regards sur la délinquance parisienne à la fin du XIX^e siècle (années 1888-1894)*, Paris, Université de Nanterre, octobre 1997. Voir également DEMIER F., « Délinquants à Paris à la fin du XIX^e siècle », *Recherches contemporaines* n°3-4, 1997, pp. 209-240.

Tableau 20.
L'état-civil des malades en 1887

	célibataires	mariés	veufs	Inconnu
Lariboisière	54,84%	33,2%	8,97%	2,99%
Hôtel-Dieu	59,95%	27,91%	12,12%	0%
Tenon	52,61%	32,38%	12,33%	2,66%

La proportion des célibataires est d'après le tableau 20, toujours supérieure à la moitié des effectifs ; il convient cependant d'écartier les enfants qui contribuent à augmenter ce chiffre. C'est la raison pour laquelle on choisit d'étudier isolément la situation familiale des 20-59 ans, la plus représentée à l'hôpital, et celle qui correspond à l'âge d'une situation maritale officielle. On écarte ainsi les âges extrêmes, célibataires obligés pour les plus jeunes et davantage susceptibles de veuvage après 60 ans (tableaux 21 à 23 et graphiques 16 à 18).

Tableau 21.
Situation familiale des
20-59 ans à Lariboisière

	célibataires	mariés	veufs	Inconnue ou divorcés
1879	56,64%	34,84%	8,52%	0,00%
1887	52,45%	20,43%	8,10%	0,19%
1895	50,77%	37,42%	11,20%	0,60%
1903	46,78%	42,75%	8,64%	1,83%
1911	61,18%	45,34%	7,79%	2,47%

Graphique 16.
État-civil des malades âgés de
20 à 59 ans à Lariboisière

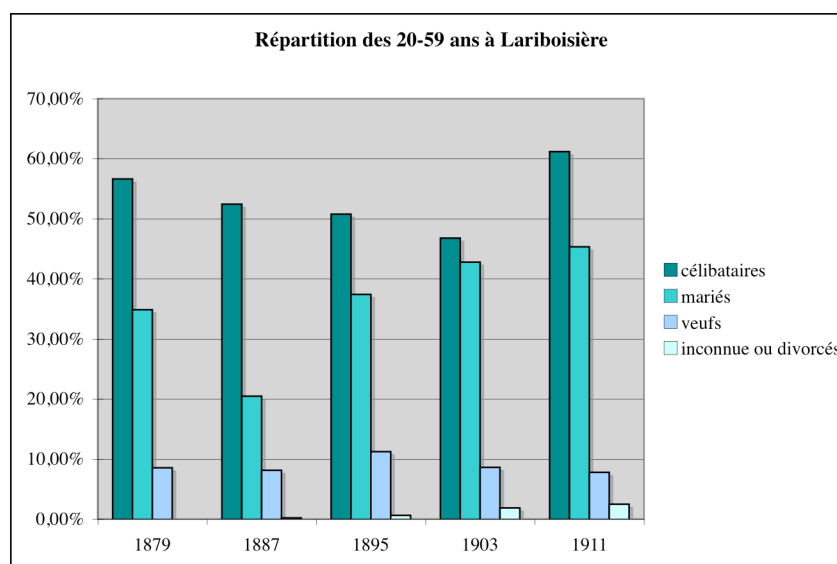


Tableau 22.
Situation familiale des 20-59 ans à Tenon

	célibataires	mariés	veufs	Inconnue ou divorcés
1879	54,19%	34,60%	11,22%	0,00%
1887	46,33%	39,73%	11,46%	2,49%
1895	46,71%	40,34%	12,23%	0,71%
1905	40,44%	46,70%	11,81%	1,06%
1911	41,69%	46,12%	10,53%	1,66%

Graphique 17.
État-civil des malades âgés de 20 à 59 ans à Tenon

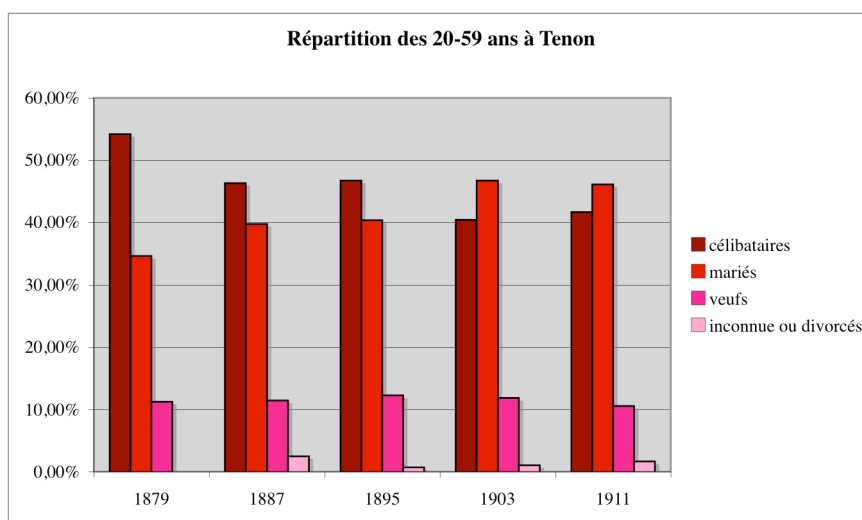
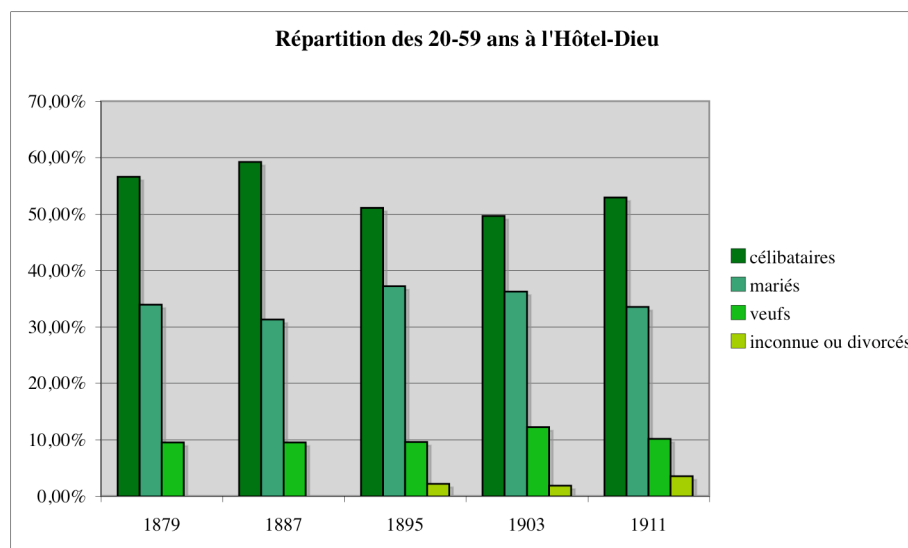


Tableau 23.
Situation familiale des
20-59 ans à l'Hôtel-Dieu

	célibataires	mariés	veufs	Inconnue ou divorcés
1879	56,57%	33,91%	9,52%	0,00%
1887	59,24%	31,30%	9,47%	0,00%
1895	51,09%	37,16%	9,58%	2,17%
1905	49,67%	36,25%	12,22%	1,86%
1911	52,89%	33,52%	10,10%	3,49%

Graphique 18. État-civil des malades âgés de 20 à 59 ans à l'Hôtel-Dieu



L'hôpital reste un refuge pour ceux qui sont les moins susceptibles de bénéficier d'un foyer stable, mais cette fonction tend à régresser puisque la part des individus mariés est en augmentation entre 1879 et 1911. L'Hôtel-Dieu se distingue dans cette tendance générale par l'assez grande stabilité de la part des célibataires, comme de celle des mariés, qui constituent respectivement un peu plus de 50%, et autour de 30% du total. Si on ajoute les veufs, la proportion des malades fréquentant ces trois hôpitaux ne faisant pas partie d'un foyer légalement déclaré est constamment supérieure au reste des malades. Ainsi la solitude serait sans surprise un facteur favorisant l'entrée à l'hôpital, mais elle le serait de moins en moins, comme si la médicalisation de la société se traduisait aussi par un recours plus massif à l'hôpital de la part d'individus mariés. L'hôpital concerne donc de plus en plus de monde.

La comparaison de ces données hospitalières avec les résultats des dénombremments pour Paris révèle la structure suivante concernant les habitants de 20 à 59 ans (tableau 24).

Tableau 24.
Évolution de la situation familiale des 20-59 ans
à Paris d'après les dénombremets de 1881 à 1901

	célibataires	mariés	veufs	divorcés	inconnue
1881	36,53%	55,90%	7,57%	0 %	0%
1886	34,89%	56,83%	8,05%	0,22%	0%
1891	34,00%	56,22%	8,05%	0,63%	1,73%
1896	37,00%	55,00%	7,1%	0,9%	0%
1901	32,42%	55,67%	8,24%	1,17%	2,49%

Rien d'étonnant au fait que les célibataires soient toujours sur représentés par rapport à la part qui est la leur dans la population parisienne. Cette observation vient corroborer l'hypothèse avancée lors de l'étude par âge. La maladie et l'arrêt momentané d'un travail sont sans doute plus catastrophique pour ces individus isolés, qui ne peuvent profiter des soins dispensés par une famille. On peut en effet imaginer que les célibataires vivent dans des conditions plus précaires, plus instables que les couples mariés. Quant aux veufs, leur part est aussi très légèrement supérieure à celle qui est la leur d'après les dénombremets du XIX^e siècle à Paris. Ceci fournit une nouvelle preuve que l'isolement accroît *a priori* les chances de fréquenter l'hôpital. On peut supposer que dans leur cas, l'existence d'une famille peut en général²⁷ les prémunir contre un séjour à l'hôpital qui n'intervient peut-être qu'en ultime nécessité.

À l'inverse, les personnes mariées sont sous représentées à l'hôpital, comme si l'existence d'un ménage officiel constituait une alternative à l'hospitalisation. La maladie est sans doute moins catastrophique pour les couples qui bénéficient souvent d'un double salaire et peuvent se permettre de faire soigner le conjoint à domicile. Ces conclusions sur l'isolement relatif des

²⁷ Même si les quelques mentions des *Correspondances* laissent entendre que la famille supporte parfois mal la contrainte d'une personne âgée malade à domicile. Voir note 13.

malades venant à l'hôpital doivent être précisées par l'étude des origines, qui permet d'affiner l'analyse sur leur solitude supposée.

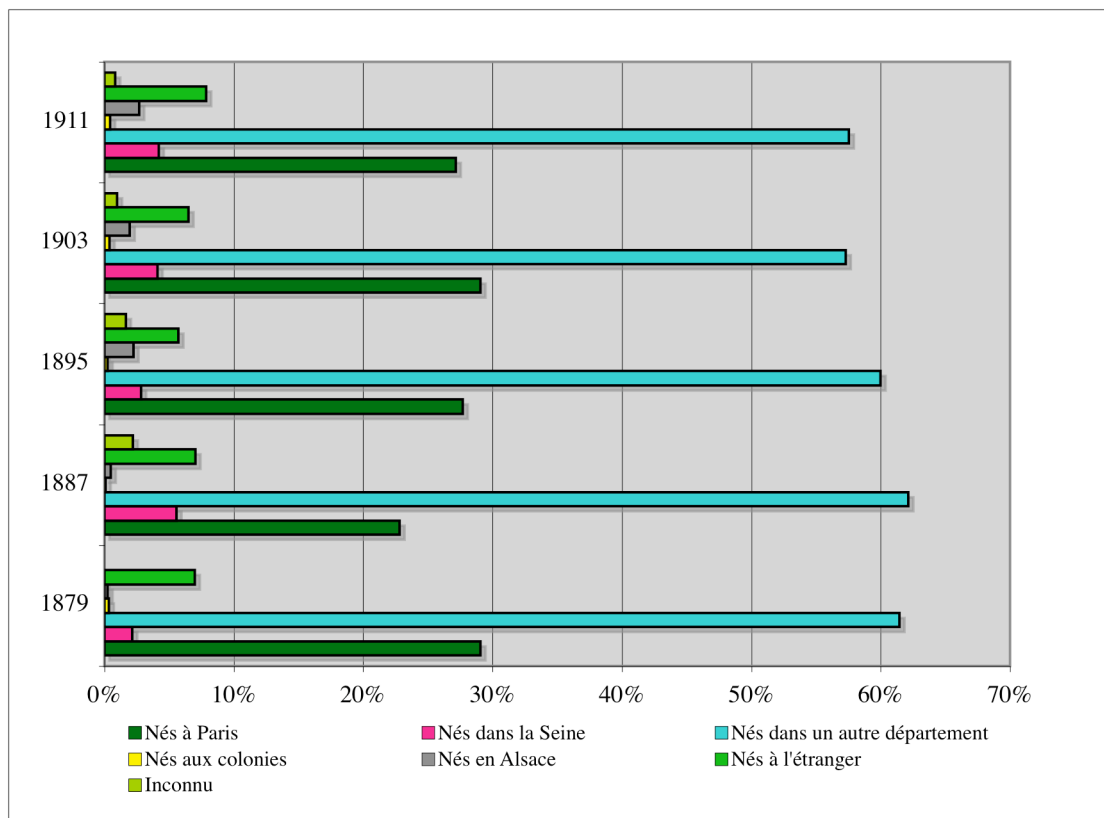
2. Parisiens et provinciaux à l'hôpital

On a vu précédemment que la population hospitalisée était composée de plus 80% de Parisiens, et que la majorité réside dans des arrondissements proches de l'hôpital. Il ne s'agit donc pas forcément de provinciaux venus spécialement à Paris pour recevoir une assistance médicale. Cependant on ignore depuis combien de temps ils résident dans la capitale. L'examen du lieu de naissance combiné avec leur âge doit pouvoir nous fournir un indice de leur degré d'intégration et permettre de répondre à l'interrogation concernant leur ancienneté relative dans Paris.

2.1. Le poids des provinciaux

À Lariboisière comme à Tenon ou à l'Hôtel-Dieu, on constate que la proportion des malades hospitalisés nés en province est toujours la plus massivement représentée (graphiques 19 à 20).

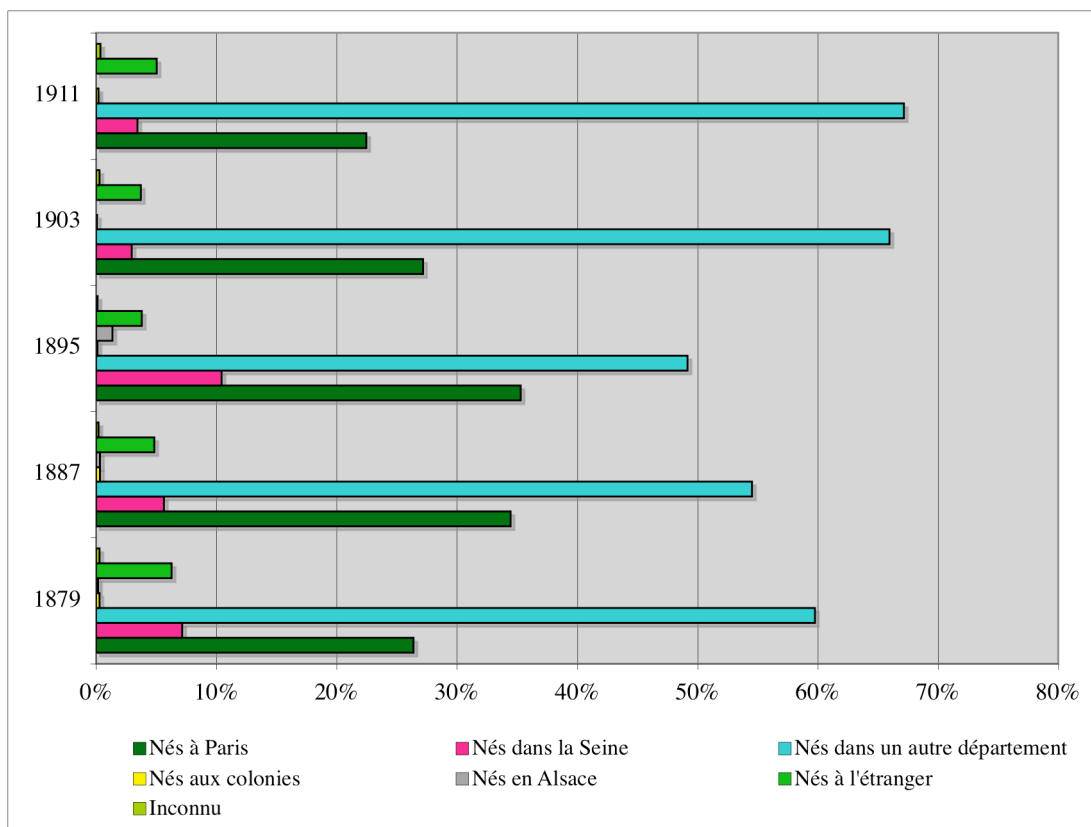
Graphique 19.
Origine des malades hospitalisés à Lariboisière entre 1879 et 1911



On constate pour Lariboisière que plus d'un patient sur deux est un provincial d'origine quelle que soit la période. La part des natifs parisiens est toujours comprise entre 20 et 30% des malades. Elle connaît sur la période une légère inflexion entre 1879 et 1887 (de 29,03% à 22,76%) pour ensuite remonter jusqu'en 1903, puis se stabiliser par la suite à un taux légèrement inférieur à 30%. Les autres natifs de la Seine sont assez peu nombreux et ne représentent que de 2 à 5% des malades. En revanche, le caractère international de Paris, capitale, n'est pas sans lien avec la forte proportion de patients nés à l'étranger qui oscille entre 5,67% et 7,82%. Tous ces chiffres sont assez conformes avec la structure de la démographie parisienne²⁸.

²⁸ J. Gaillard, pour la période 1861-1871, indique que la part des Parisiens de souche est d'environ 35%, celle des provinciaux légèrement supérieure à 50% et celle des autres natifs

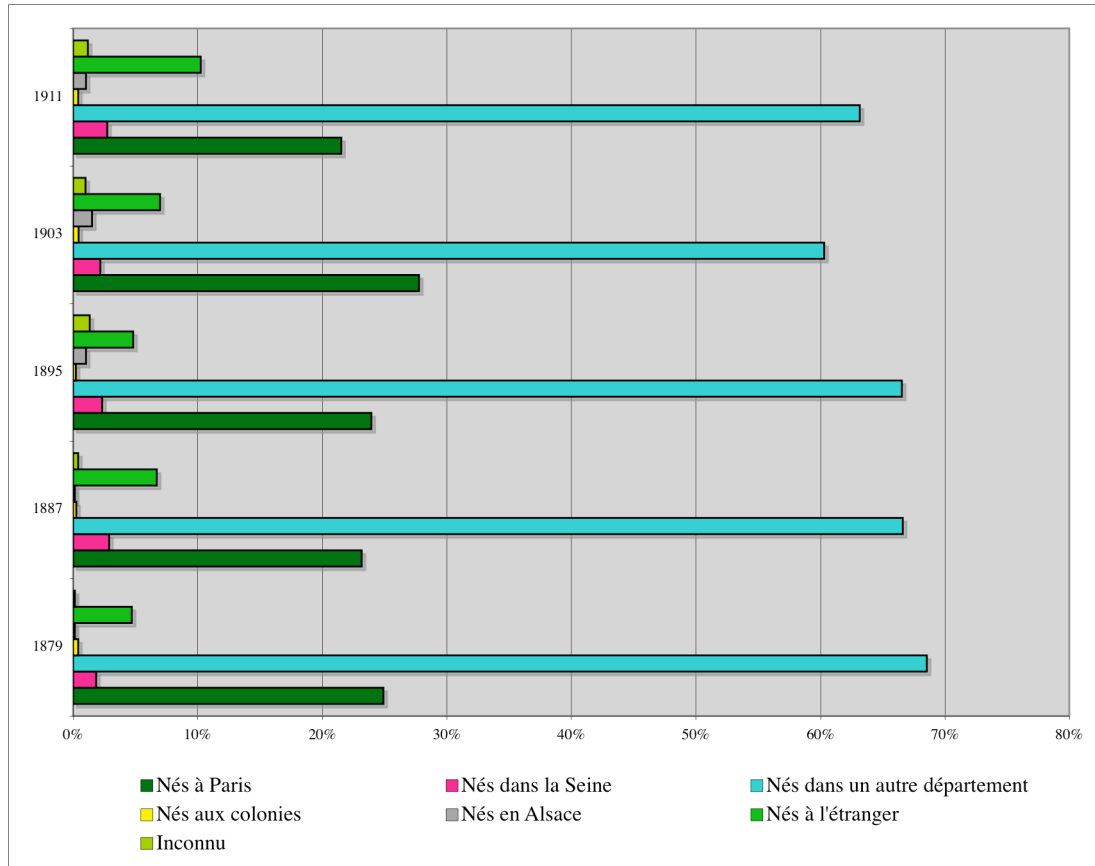
Graphique 20.
Origine des malades hospitalisés à Tenon entre 1879 et 1911



À Tenon la part des provinciaux d'origine est également très majoritaire et est toujours largement supérieure à 50% sauf en 1895 où elle est seulement de 49,13%. La proportion des malades ayant leur lieu de naissance à Paris augmente jusqu'en 1895 puis diminue ensuite, à des taux voisins de ceux précédemment observés à Lariboisière, soit, un peu au-dessus de 20%. Quant à ceux issus d'une autre commune de la Seine, leur part reste comprise entre 5 et 10% au début de la période puis s'effondre à des taux de l'ordre de 2% pour les années 1903 et 1911. La part des malades nés à l'étranger est plutôt stable, proche de 5%.

de la Seine de l'ordre de 5%. Voir GAILLARD J., *Paris la ville (...)*, op. cit., p. 139 et suiv. Pour les chiffres des dénombrements ultérieurs, voir *infra* (tableau 25).

Graphique 21.
Origine des malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911



À l'Hôtel-Dieu l'observation des lieux de naissance des patients hospitalisés est assez conforme à ce qui a déjà été observé précédemment, à ceci près que la part des originaires de province est légèrement plus marquée. Les Parisiens de souche connaissent une stabilité remarquable avec une part qui oscille entre un cinquième et un quart des patients hospitalisés. Quant aux malades nés dans la Seine ailleurs qu'à Paris, ils ne représentent qu'une faible part de l'échantillon, de 4 à 6% des malades à l'exception de 1911 où ils atteignent le chiffre de 10%.

Ainsi ces malades sont-ils dans l'ensemble et en grande majorité nés en province, mais la proportion des Parisiens qui dépasse toujours les 20% plaide pour une image plus complexe que l'idée habituellement reçue à propos d'une institution urbaine qui n'est pas uniquement l'apanage d'immigrants peu ou

mal intégrés à la ville. La comparaison avec la composition de la population parisienne à la même époque est utile afin de vérifier cette hypothèse.

L'examen des dénombremments parisiens de la fin du siècle permet en effet d'avoir des renseignements sur les proportions de Parisiens de souche et de plus récents arrivants dans la capitale.

Tableau 25.
Origine des habitants de Paris d'après
les dénombremments effectués entre 1881 et 1901

	1881	1886	1891	1896	1901
Nés à Paris	32,21%	34,47%	36,4%	36,8%	36,50%
Nés dans la Seine	3,82%	3,08%	2,6%	3%	2,95%
Nés dans un autre département	56,50%	54,36%	50,3%	50,1%	52,47%
Nés aux colonies	-	-	0,2%	0,3%	0,28%
Nés à l'étranger	7,47%	8,09%	6,3%	6,1%	6,82%
Nés en Alsace*	-	-	4,2%	3,7%	-
Inconnu	0	0	0	0	0,98%
Total général	100%	100%	100%	100%	100%

* Les habitants de Paris nés en Alsace ne sont pas systématiquement dénombrés, aussi pour les années 1881, 1886 et 1906, ils ont été comptés avec les habitants parisiens nés à l'étranger.

D'après les dénombremments de la fin du siècle, le nombre des habitants parisiens nés à Paris avec celui des habitants nés en province, on constate que ce dernier chiffre est toujours supérieur. Ceci confirme l'idée d'une capitale²⁹ nourrie de l'afflux des immigrants provinciaux. Cependant, on constate que le nombre des patients nés en province, dans les trois hôpitaux considérés, est surreprésenté d'environ dix points comparativement à leur part dans la population parisienne dans son ensemble. Les provinciaux d'origine sont donc plus nombreux à l'hôpital qu'ils ne le sont dans Paris.

²⁹ DUPAQUIER J.(dir.), *Histoire de la population française, t. III de 1789 à 1914*, Paris, PUF, 1988, chap. IV, p. 203.

L'hôpital dont on sait qu'il accueille en grande majorité des individus plutôt jeunes donne une nouvelle preuve de sa fonction de refuge : la fragilité des patients qui viennent chercher des soins à l'hôpital est à lire dans le croisement de ces deux données. Fraîchement arrivés³⁰ de leur province, les patients sont peu insérés dans la société urbaine et viennent chercher abri et guérison auprès au sein d'une institution parisienne justement célèbre, qui leur fournit gratuitement des soins. Quant aux Parisiens de souche, ils sont moins présents à l'hôpital que leur part dans la population parisienne : bénéficiant vraisemblablement d'un environnement familial ou amical plus enraciné, ayant généralement des métiers moins risqués que les provinciaux d'origine, leur recours à l'hôpital est peut-être également plus sélectif et serait davantage du ressort d'un choix que de la nécessité.

En détaillant les départements d'origine de ces provinciaux plus ou moins récemment arrivés dans la capitale, la grande variété est l'élément le plus frappant : départements proches ou plus lointains, ils ne se caractérisent pas par une importance proportionnelle à l'éloignement. La force de l'attraction parisienne se lit dans la grande variété des origines géographiques de ces malades. La plus grande fréquence des départements du nord de la France, de l'ouest ainsi que de l'est est cependant à mentionner sans qu'il soit apparu nécessaire de les faire figurer sur une carte des départements, les effectifs représentés chaque année étant trop minces. À titre d'exemple, en 1879 à l'Hôtel-Dieu, les neuf patients (1,16% des hospitalisés) originaires de province viennent respectivement de l'Aube, de la Côte d'Or, du Lot, d'Indre-et-Loire, de l'Yonne, et Seine-et-Oise et pour les trois derniers, de Seine-et-Marne.

2.3. *Les habitants de la Seine non-Parisiens*

On constate une assez nette surreprésentation des habitants de la Seine non Parisiens surtout pour Lariboisière et Tenon, situés en périphérie de Paris. Ces hôpitaux accueillent vraisemblablement nombre de patients qui résident dans

³⁰ Ils sont jeunes et ne sont pas nés à Paris, ils sont donc des « nouveaux » arrivants.

des communes voisines de la capitale alors que l'Hôtel-Dieu, par sa situation centrale et plus éloignée des gares du Nord et de l'Est que ne le sont Lariboisière et Tenon, reçoit moins de patients de la Seine.

2.4. *Les étrangers*

Les étrangers dans les hôpitaux considérés forment entre 6 et 7% de la population hospitalisée, ce qui correspond à leur part dans la population parisienne³¹. La grande majorité d'entre eux vient de pays européens voisins de la France au premier rang desquels figurent la Belgique, la Suisse, l'Allemagne, le Luxembourg et l'Italie. En fin de période, la Russie, la Pologne et la Roumanie font une entrée remarquable et témoignent de l'ampleur des vagues d'immigration³² en provenance d'Europe orientale. Les patients nés aux colonies et en Alsace représentent des effectifs trop faibles pour être réellement significatifs et ne sont d'ailleurs pas systématiquement renseignés dans les dénombrements consultés.

Ainsi les patients hospitalisés sont en majorité de jeunes adultes célibataires, souvent provinciaux d'origine, en âge de travailler. Cette importance peut s'expliquer par les risques professionnels encourus dans des activités assez mal protégées.

C. Un hôpital pour les travailleurs

Les registres d'entrées contiennent des indications sur la nature de l'occupation professionnelle du patient et peuvent ainsi nous renseigner non

³¹ La région parisienne et la Seine sont presque toujours en tête les régions ayant le plus grand nombre d'étrangers recensés entre 1831 et 1911. Voir DUPAQUIER J.(dir.), *Histoire de la population française, t. III de 1789 à 1914*, Paris, PUF, 1988, chap. IV, p. 217.

³² NOIRIEL G., *Le creuset français. Histoire de l'immigration, XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Ed. du Seuil, 1988, rééd. 2006, p. 138 et suiv. Voir également la thèse d'État de J. PONTY, *Les travailleurs polonais en France*, Université de Paris I, 1985, (3 vol).

seulement sur le taux d'activité des malades avant leur hospitalisation, mais aussi à propos de sa nature grâce à la mention de la profession. Il a fallu transformer ces données afin de les mettre en relation avec les renseignements fournis par les dénombrements.

1. Le travail : un identifiant majeur des patients hospitalisés

La part des individus déclarant une activité professionnelle est écrasante à l'hôpital. D'après les tableaux 26, 27 et 28, on constate que la part des sans professions est toujours minoritaire même si elle a tendance à croître de manière significative au cours de la période.

Tableau 26.
Les sans profession à Lariboisière

	Part des sans profession	dont femmes	dont ménagères*	dont étudiants	dont retraités
1855	2,83%	75,00%	3,13%	9,37%	0%
1863	4,22%	75,55%	0%	0%	0%
1871	5,30%	67,86%	0%	0%	0%
1879	1,45%	75%	12,50%	0%	0%
1887	4,36%	75,34%	68,95%	0%	0%
1895	8,55%	91,71%	69,82%	1,18%	0%
1903	17,37%	93,85%	78,15%	0%	0%
1911	15,83%	91,94%	84,38%	1,26%	0,25%

* On a identifié les ménagères parmi les sans professions. Il faut lire 3,13% des sans professions sont des ménagères en 1879 à Lariboisière.

Tableau 27.
Les sans profession à Tenon

	Part des sans profession	dont femmes	dont ménagères	dont étudiants	dont retraités
1879	5,65%	88%	38%	0%	0%
1887	3,19%	100%	100%	0%	0%
1895	8,97%	96,27%	91,79%	0,74%	0,74%
1903	13,81%	88,98%	60,17%	0%	0,42%
1911	22,51%	85,46%	62,19%	0,67%	0,22%

Tableau 28.
Les sans profession à l'Hôtel-Dieu

	Part des sans profession	dont femmes	dont ménagères	dont étudiants	dont retraités
1879	6,34%	93,87%	85,71%	4,08%	0%
1887	6,20%	78,85%	59,61%	7,69%	1,92%
1895	7,97%	90%	57,50%	2,50%	2,50%
1903	11,17%	83,33%	53,50%	0%	0%
1911	15,60%	75,45%	38,18%	2,73%	0,45%

Les femmes sont logiquement très majoritaires au sein des malades ne déclarant pas de profession. Ceci est conforme à leur part moindre dans la population active. On a distingué au sein de ce groupe de sans profession, la part des « ménagères ». Ce terme, assez peu présent dans les registres au début de la période, recouvre très vraisemblablement des femmes tenant un ménage, à leur domicile : elles n'ont donc pas de métier à proprement parler, mais se déclare « mariées » pour plus de la moitié d'entre elles et peuvent donc bénéficier du salaire de leur conjoint. De même, les étudiants et les retraités sont susceptibles de percevoir un revenu provenant soit de leur famille, soit d'une pension quelconque, et qui les exclut de l'indigence. Ceci semble indiquer que les indigents véritables sont assez peu représentés à l'hôpital – si l'on entend par là les individus qui ne survivent que grâce à une aide publique ou privée.

Sans doute cette affirmation doit-elle être nuancée. Distinguer comme l'a fait Jeanne Gaillard, entre les « nécessiteux » d'une part et les « indigents »

avérés d'autre part, fournirait un éclairage utile sur la population hospitalisée. Elle désigne³³ en effet sous le terme de nécessiteux des personnes pauvres, qui vivent de manière précaire au jour le jour, et risquent de tomber dans la misère à tout moment, surtout en cas de crise. Ces nécessiteux ont cependant un métier et un logement, et ne touchent que ponctuellement des secours d'assistance, dans les bureaux de bienfaisance notamment. Quant aux indigents avérés, ce sont des miséreux, qui semblent exclus de toute activité de long terme, et pour lesquels l'assistance est indispensable à la survie. Malheureusement, les registres d'entrées ne sont pas suffisamment précis pour opérer cette distinction. On peut néanmoins envisager qu'environ 10% de la population des grandes villes³⁴ ne survit que grâce à une aide publique ou privée à la fin du XIX^e siècle. Or, on est bien au-dessous de ces 10% d'indigents avérés³⁵ pour les trois hôpitaux considérés, du moins jusqu'en 1900. Alors, la part des sans profession semble progresser notablement.

Interpréter l'augmentation des sans profession à l'hôpital est délicat. Constamment très féminine, cette évolution peut aller dans le sens d'une ouverture de l'hôpital à des catégories – les femmes mariées – qui l'évitaient auparavant par crainte ou par ignorance. Elle accompagnerait la médicalisation de la société et révélerait la confiance dont jouirait désormais l'institution hospitalière. À moins qu'elle ne signifie simplement l'émergence de la notion de chômage³⁶, qui demeure une catégorie floue et transitoire³⁷ pour des

³³ Elle reprend d'ailleurs les termes des statistiques des dénombrements pour la Ville de Paris. « Les indigents sont des individus qui figurent de manière permanente sur les contrôles de l'Assistance ou qui reçoivent soit mensuellement soit annuellement des secours. Les nécessiteux sont ceux qui reçoivent momentanément un secours en raison de circonstances particulières. », PREFECTURE DE LA SEINE, SERVICE DE LA STATISTIQUE MUNICIPALE, *Annuaire Statistique de la Ville de Paris pour 1901*, p. 623.

³⁴ GUESLIN A., *Gens pauvres et pauvres gens dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Aubier, 1998, p. 85.

³⁵ En admettant que les indigents sont les sans professions déclarés, moins les ménagères mariées, les étudiants et les retraités.

³⁶ « C'est au cours de la longue période de dépression des années 1880 et 1890 que la notion de chômage qui nous est aujourd'hui familière commence à émerger, d'abord en Angleterre, puis bientôt dans les autres pays industriels. (...) L'idée qui peu à peu a pris forme est que la pauvreté ne résulterait pas toujours ou pas seulement des tares morales ou héréditaires des individus, ni même des influences néfastes de l'environnement insalubre de la grande ville. Elle proviendrait de l'organisation même de l'industrie et de son marché du travail. le

travailleurs qui connaissent une alternance de presse et de chômage saisonnier. La moindre compétence professionnelle aussi minime soit-elle trouve pratiquement toujours, du moins en début de période, l'expression d'une dénomination de « métier » alors même qu'on ne l'exerce pas encore ou plus du tout. En fin de période, pour des raisons mal expliquées, on hésiterait moins à se dire sans profession pour indiquer qu'on est à la recherche d'un emploi, ce qui permettrait de comprendre cette explosion des sans profession dans les registres d'entrée en 1911. Les deux facteurs se conjuguent vraisemblablement. Enfin, l'allongement de la durée de la vie ajoutée au nombre de places insuffisant dans les hospices contraint les plus âgés à fréquenter davantage l'hôpital : ainsi en 1911 sur les 22,51% de sans professions dénombrés à Tenon, un tiers est âgé de 60 ans ou plus et presque tous sont veufs. On retrouve le poids de la solitude aggravé par l'âge comme élément favorisant la venue à l'hôpital. Sont-ils pour autant des indigents qui viennent à l'hôpital parce qu'ils n'ont pas d'autre choix ?

Quoi qu'il en soit, la grande majorité des malades déclarent un métier, qu'ils l'exercent ou non. Ceci permet non seulement d'affirmer que l'hôpital accueille d'abord des actifs, mais aussi d'établir de quel type d'actif il s'agit.

"chômeur" n'est pas le pauvre de toujours, mais la figure d'une catégorie nouvelle, le "chômage involontaire" ou "unemployment". Celui-ci est un fait social, irréductible à ses manifestations individuelles et qui requiert des remèdes collectifs. » in TOPALOV C., *Naissance du chômeur 1880-1910*, Paris, Albin Michel, 1994, p.15.

³⁷ Voir également SALAIS R., BAVEREZ N. & REYNAUD B., *L'invention du chômage. Histoire et transformations d'une catégorie en France des années 1890 aux années 1980*, Paris, PUF, 1986, rééd. Quadrige PUF, 1998, notamment le chapitre 2 « Les représentations du travail à la fin du XIX^e siècle ». La confrontation des modèles de Lucien March et d'Auguste Keufer permet de mieux préciser la notion de chômage à la fin du XIX^e siècle. « La qualification des formes de chômage, par les concepts qui la fondent, par les relations qu'elle indique ou par la complexité du réel qu'elle désigne, constitue un perfectionnement décisif du modèle initial, celui qui considère le chômage comme une suspension temporaire de travail dans l'établissement. », p. 59.

2. *Un hôpital pour les classes populaires*

La détermination du niveau social des malades hospitalisés s'est heurtée à plusieurs obstacles. Le domicile et la profession pouvaient en effet rendre de grands services en ce qui concerne l'évaluation du niveau de vie. Pour le domicile, une étude par rues aurait pu être tentée mais on a préféré ne saisir que l'arrondissement du domicile déclaré par volonté de rentabilité, à une époque où les changements de noms de rue étaient par ailleurs fréquents. Cet aspect a donc dû être écarté.

On a choisi d'atteindre ce but par l'étude des professions déclarées par les malades. Ceci a permis d'affiner le profil. Parmi les nombreuses dénominations³⁸, il a fallu opérer des regroupements et des classements. Le choix qui s'offrait portait sur un classement par secteur d'activité ou bien par catégories socioprofessionnelles³⁹. Ce dernier a été préféré, car il permet d'emblée une analyse plus dynamique de la population qui se rend à l'hôpital. Ainsi par exemple, dans la nomenclature retenue dans le dénombrement de 1891, on trouve regroupés dans la catégorie « industrie », des dentellières mais aussi des fabricants de produits chimiques, des libraires-éditeurs, et des bijoutiers-horlogers, autant de métiers qui renvoient à des réalités sociales, des conditions de salaires et de travail fort différentes. Dans un premier temps, on procédera à partir de catégories très larges – patrons, ouvriers et petits métiers, employés et domestiques – qui vont montrer quel est le niveau social des patients. Cette approche générale se doit de précéder une lecture plus détaillée

³⁸ Pour la seule année 1895, on relève à Lariboisière 330 dénominations de métiers différents. V. Palisse dans son échantillon qui court sur 6 années pour le seul hôpital Tenon en compte 477. Voir PALISSE V., *Tenon un hôpital pour les travailleurs parisiens (...)*, op. cit., p. 63

³⁹ Un premier regroupement en 4 groupes sociaux a d'abord été fait : patrons, ouvriers et petits métiers, employés, domestiques. Les comparaisons avec les dénombrements de la fin du siècle étaient ainsi plus aisés.

que l'on envisagera dans un second temps, au cours duquel on affinera cette première esquisse.

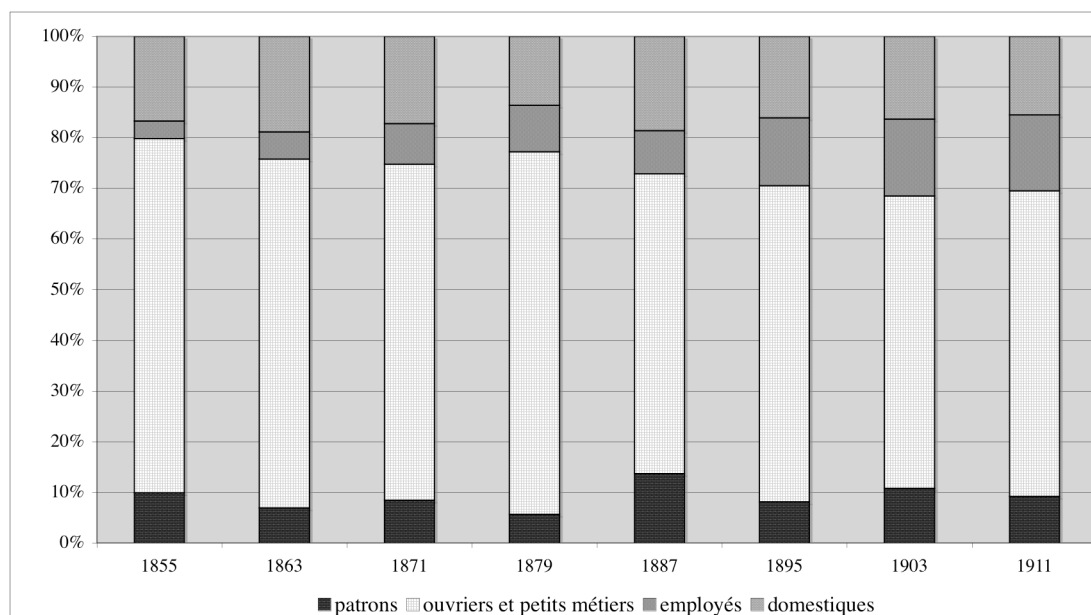
Il a parfois été difficile de trancher. Le doute surgissant à tout moment, on a dû quelquefois coder un métier de manière la plus logique, en observant au plus près le nombre de patrons et d'ouvriers dans le métier considéré afin d'en déterminer le statut. Sous le terme « patrons » – terme utilisé dans le dénombrements parisiens⁴⁰ du XIX^e siècle –, on a rangé les artisans et les boutiquiers ainsi que les professions libérales et intellectuelles. Les « ouvriers et petits métiers » recouvrent les ouvriers – travailleurs manuels pour la plupart – les petits métiers – métiers de la rue, journaliers, hommes de peine... – ainsi que les travailleurs agricoles – maraîchers, cultivateurs divers –. Les catégories employés et domestiques sont assez facilement identifiables dans les registres car ils sont le plus souvent indiqués tels quels.

Tableau 29.
Groupes sociaux des malades hospitalisés à Lariboisière

	ouvriers et patrons petits métiers employés domestiques				total
1855	9,85%	69,98%	3,47%	16,70%	100%
1863	6,91%	68,86%	5,37%	18,86%	100%
1871	8,42%	66,33%	8,04%	17,21%	100%
1879	5,61%	71,65%	9,14%	13,60%	100%
1887	13,61%	58,84%	8,47%	18,50%	100%
1895	8,09%	62,45%	13,39%	16,07%	100%
1903	10,75%	57,72%	15,22%	16,31%	100%
1911	9,16%	60,37%	14,95%	15,53%	100%

⁴⁰ Le dénombrement de 1891 donne les définitions suivantes : « Patrons : au sens large, c'est-à-dire quiconque fait travailler à son compte est un patron, ainsi un marchandeur, un chef d'atelier doivent être classés dans la colonne patron. Employé : un comptable, un caissier, un courtier, un voyageur de commerce, un représentant de commerce, un placier sont classés dans la colonne employés. Ouvriers : un contremaître, un chef d'atelier faisant travailler pour le compte d'un patron doivent être classés dans la colonne ouvriers. » *in Résultats statistiques du dénombrement de 1891 (...) op. cit., p. 28.*

Graphique 22.
Groupes sociaux des malades déclarant
une profession à Lariboisière



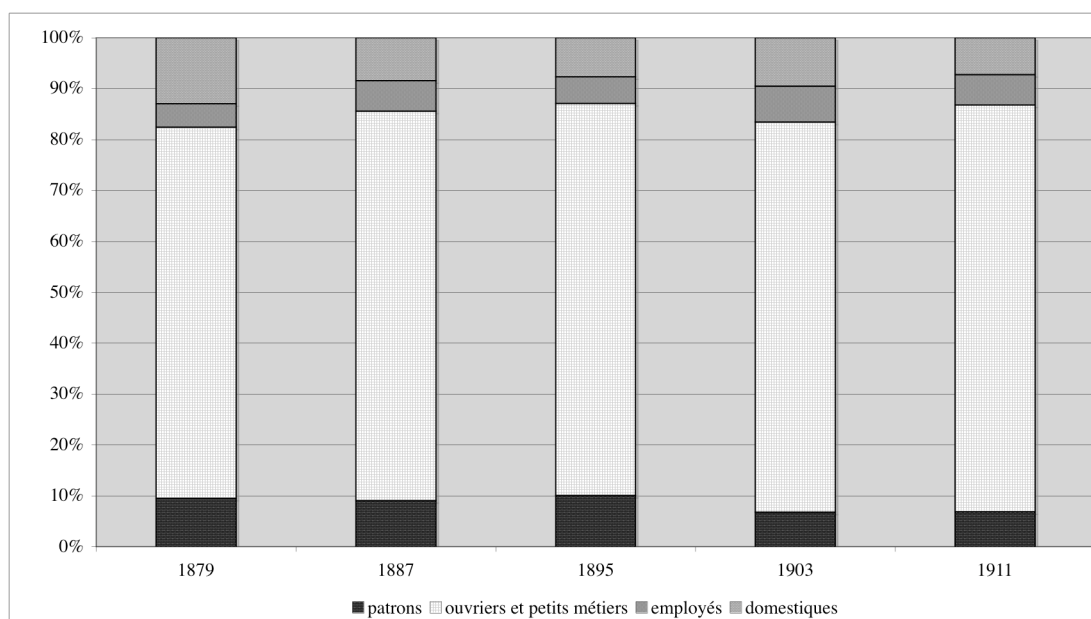
À Lariboisière, pour lequel la période étudiée est la plus longue, la part des ouvriers et des petits métiers est constamment majoritaire (tableau 29 et graphique 22) et représente *grosso modo* les deux tiers des malades hospitalisés. Le deuxième groupe de profession est celui constitué par les domestiques et gens de maisons, qui demeure compris entre 13,6% et 18,86% des malades étudiés. Les patrons et les employés connaissent plus de variations sur la période : l'amplitude de la part des patrons est comprise entre 5,61% et 13,61% tandis que celle des employés varie de 3,47% à 15,22%. Si la part des patrons semble caractérisée par une grande irrégularité selon les années, celle des employés connaît une augmentation continue tout au long de la période, illustration supplémentaire de l'ouverture de l'hôpital à des catégories qui s'en détournèrent jusqu'alors. On peut vraisemblablement y lire aussi

l'augmentation de cette catégorie de profession au sein même de la société parisienne.⁴¹

Tableau 30.
Groupes sociaux des malades hospitalisés à Tenon

	patrons	ouvriers et petits métiers	employés	domestiques	total
1879	9,50%	72,96%	4,55%	12,99%	100%
1887	9,06%	76,50%	6,01%	8,43%	100%
1895	10,07%	77,03%	5,21%	7,69%	100%
1903	6,82%	76,60%	7,07%	9,50%	100%
1911	6,87%	79,93%	5,97%	7,24%	100%

Graphique 23.
Groupes sociaux des malades déclarant une profession à Tenon



Le bilan pour Tenon (tableau 30 et graphique 23) est assez semblable avec les deux groupes de têtes que sont d'une part les ouvriers et petits métiers qui

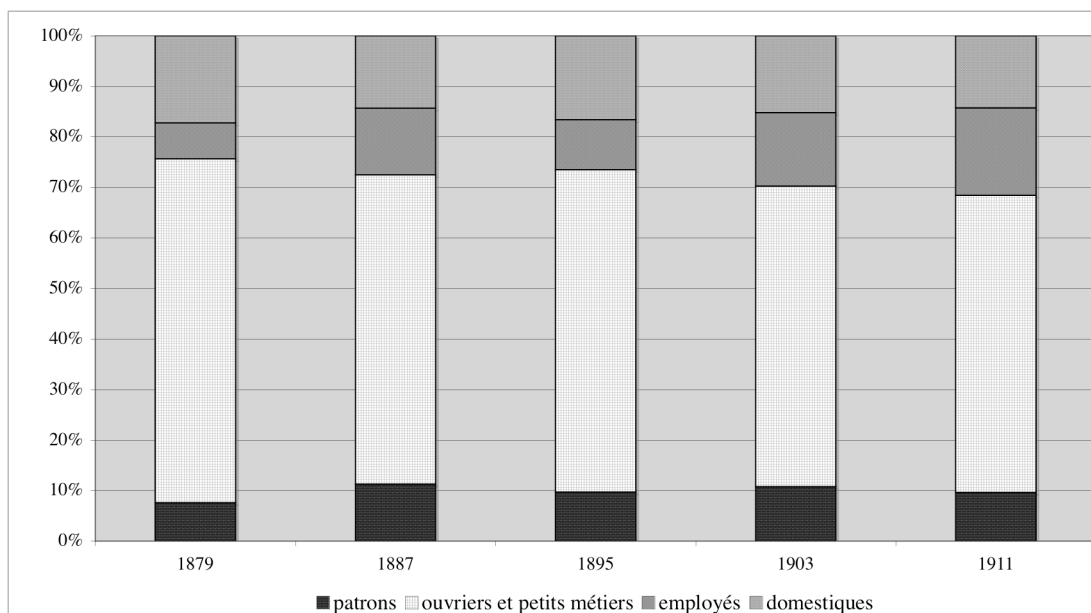
⁴¹ Voir GARDEY D., *La dactylographe et l'expéditionnaire : histoire des employés de bureau, 1890-1930*, Paris, Belin, 2001.

connaissent néanmoins des taux légèrement plus élevés – de l'ordre de 72,96% à 79,93% des patients – que ceux observés à Lariboisière à la même période, suivi des domestiques dont la part connaît une diminution entre 1879 et 1911 puisque leur proportion passe de près de 13% à 7,24%, soit des taux nettement inférieurs à ceux de Lariboisière. Les patrons les suivent de près et représentent de 6,87% à 9,06% des malades, tandis que les employés oscillent entre 4,55% et 7,07% des malades sans qu'une évolution très nette se dessine pour ces deux derniers groupes. Ainsi, Tenon se distingue par une part plus écrasante des ouvriers et petits métiers et une plus faible représentation des domestiques et des employés. Celles des patrons est équivalente à celle observée à Lariboisière.

Tableau 31.
Groupes sociaux des malades
hospitalisés à l'Hôtel-Dieu

	patrons	ouvriers et petits métiers	employés	domestiques	total
1879	7,58%	68,05%	7,13%	17,24%	100%
1887	11,30%	61,17%	13,16%	14,36%	100%
1895	9,69%	63,78%	9,92%	16,61%	100%
1903	10,77%	59,48%	14,52%	15,22%	100%
1911	9,66%	58,75%	17,32%	14,27%	100%

Graphique 24.
Groupes sociaux des malades déclarant
une profession à l'Hôtel-Dieu.



Le schéma des classes socioprofessionnelles, déjà identifié à Lariboisière, est dans le cas de l'Hôtel-Dieu (tableau 31 et graphique 24) nettement plus clair. Une relative similitude entre les deux hôpitaux est manifestement à l'œuvre dans la distribution des classes sociales hospitalisées pour la même période. En ce qui concerne le groupe de tête, on retrouve sans surprise les ouvriers et petits métiers qui atteignent pratiquement les deux tiers de l'effectif, tandis qu'en second lieu la part des domestiques, en légère diminution sur la période, est de l'ordre de 17,24% à 14,27%. L'irrégularité de la part des patrons selon les années est également perceptible, ainsi que l'augmentation quelque peu hachée mais prévisible de la part des employés dans l'échantillon des malades avec des valeurs tout à fait comparables à celles observées à Lariboisière entre 1879 et 1911.

Les grandes évolutions mises en évidence dans ces trois hôpitaux doivent permettre de vérifier leur implantation dans leur quartier puisque la population qui s'y rend de préférence est avant tout celle des quartiers environnants. Dans ces conditions, il peut être intéressant de comparer ces chiffres avec ceux des mêmes catégories pour les dénombrements de la population parisienne aux

périodes les plus proches. Malheureusement les dénombrements publiés postérieurs à 1891 ne contiennent plus ce type d'informations. Ceci réduit les comparaisons uniquement à 1881, 1886 et 1891 (tableaux 32, 33 et 34).

Tableau 32.
Groupes sociaux des arrondissements proches des hôpitaux et de Paris, d'après le dénombrement de 1881

	Patrons	Ouvriers	Employés	Domestiques	Total
3e+4e+5e	12,34%	69,72%	12,15%	5,79%	100%
10e+ 18e	15,2%	58,8%	12,74%	6,88%	100%
11e+19e+20e	8,85%	82,53%	5,98%	2,65%	100%
Paris	15,20%	65,46%	11,37%	7,97%	100%

Tableau 33.
Groupes sociaux des arrondissements proches des hôpitaux et de Paris, d'après le dénombrement de 1886

	Patrons	Ouvriers	Employés	Domestiques	Total
3e+4e+5e	18,2%	65,43%	9,39%	4,12%	100%
10e+ 18e	12,45%	68,33%	14,26%	4,95%	100%
11e+19e+20e	10,24%	82,07%	6,48%	1,21%	100%
Paris	16,07%	67,98%	10,09%	5,86%	100%

Tableau 34.
Groupes sociaux des arrondissements proches des hôpitaux et de Paris, d'après le dénombrement de 1891

	Patrons	Ouvriers	Employés	Domestiques	Total
3e+4e+5e	19,02%	64,28%	10,61%	6,09%	100%
10e+ 18e	18,9%	59,84%	17,37%	3,89%	100%
11e+19e+20e	15,38%	69,4%	13,02%	2,2%	100%
Paris	17,08%	66,41%	12,05%	4,46%	100%

Pour les deux groupes « patrons » et « ouvriers et petits métiers », la comparaison de la population hospitalisée avec la population globale révèle

assez peu d'écart et confirme l'hypothèse d'une assez bonne représentation du quartier.

À Lariboisière, les ouvriers sont de très loin les plus nombreux : en 1879, leur proportion à l'hôpital correspond à la leur dans le 18^e arrondissement en 1881, mais montre une légère surreprésentation par rapport au 10^e arrondissement nettement moins populaire. En 1886, les choses se renversent et la part des ouvriers et petits métiers parmi les malades est plus proche de celle du 10^e arrondissement que du 18^e, sans que la part globale des malades venant du 10^e arrondissement soit plus élevée.

À Tenon qui recrute dans des arrondissements plus populaires, les ouvriers et petits métiers, très nettement dominants sont en fait sous-représentés par rapport à leur taux dans les environs (11^e, 19^e et 20^e arrondissements) aussi bien en 1879 qu'en 1886 ou en 1891.

Pour l'Hôtel-Dieu, on observe une légère sous-représentation des ouvriers présents à l'hôpital, relativement à leur part dans la population des 3^e, 4^e et 5^e arrondissements (68,05% en 1879 et 61,17% en 1886) et celui recensé en 1881 (70,43% en moyenne sur les 3^e, 4^e et 5^e arrondissements) et 1886 (65,34% en moyenne). D'une manière générale, le reflet d'une population de proximité est saisissant en particulier pour les ouvriers et petits métiers, catégorie la plus représentée. La présence à l'hôpital des catégories au statut social le plus modeste est donc vérifiée, mais dans le cadre de son poids dans les quartier alentours.

La deuxième observation concerne les domestiques⁴² largement sur représentés à l'hôpital par rapport à leur part dans les arrondissements environnants : leur recours massif à l'hôpital s'explique par les conditions

⁴² GUIRAL P., THUILLIER G., *La vie quotidienne des domestiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1978. Voir les chapitre II et III.

MARTIN-FUGIER A., *La place de bonnes : la domesticité féminine à Paris en 1900*, Paris, Grasset, 1979.

difficiles de logement dont souffre cette catégorie de population, la maladie entraînant à plus ou moins brève échéance leur mise à la rue.

Les employés et les patrons apparaissent régulièrement sous-représentés par rapport aux arrondissements environnants. Qu'il s'agisse d'une méfiance envers l'hôpital de l'Assistance publique fait peu de doute d'autant que ces catégories ont l'occasion de pouvoir se faire plus facilement soigner dans leur logement. Mais l'écart assez mince finalement avec les populations du même type dans les arrondissements environnants, montre que l'hospitalisation, quoique non systématique, est cependant une pratique de moins en moins rare⁴³.

En somme les hôpitaux semblent bien avant tout concerner la population des quartiers environnants qui s'y rendent massivement, on l'a vu, et surtout de manière assez sélective, selon la catégorie sociale à laquelle ils appartiennent : si Tenon apparaît constamment comme un hôpital plus populaire c'est parce que son environnement immédiat l'est davantage. À l'inverse l'Hôtel-Dieu, au cœur de la capitale, apparaît comme un hôpital de plus en plus destiné à une classe moyenne, voire supérieure. Lariboisière, à la frontière de deux mondes, incarne une voie moyenne.

3. *Le peuple de Paris*

La population qui fréquente les hôpitaux est constituée majoritairement de travailleurs. L'étude des professions des malades dans le détail permet de vérifier le poids très considérable des classes populaires et intermédiaires. Dans

⁴³ Pour les employés, les progrès de l'instruction primaire et secondaire entraînent une concurrence accrue et une dégradation relative des conditions de salaire liée à la plus forte concurrence peuvent expliquer le recours à une médecine gratuite malgré une répulsion petite bourgeoise vis-à-vis de l'hôpital. « Cette tension interne entre le rêve d'entrer en bourgeoisie et la tendance dominante à un rapprochement d'un statut de salarié modeste rend compte des conduites privées des employés » dont le recours à l'hôpital est peut-être le signe, in CHARLE C., *Histoire sociale de la France au XIX^e siècle*, Paris, Le Seuil, 1991, p. 192. Voir également BERLANSTEIN L. R., *The working people of Paris, 1871-1914*, Baltimore-Londres, The John Hopkins University Press, 1984.

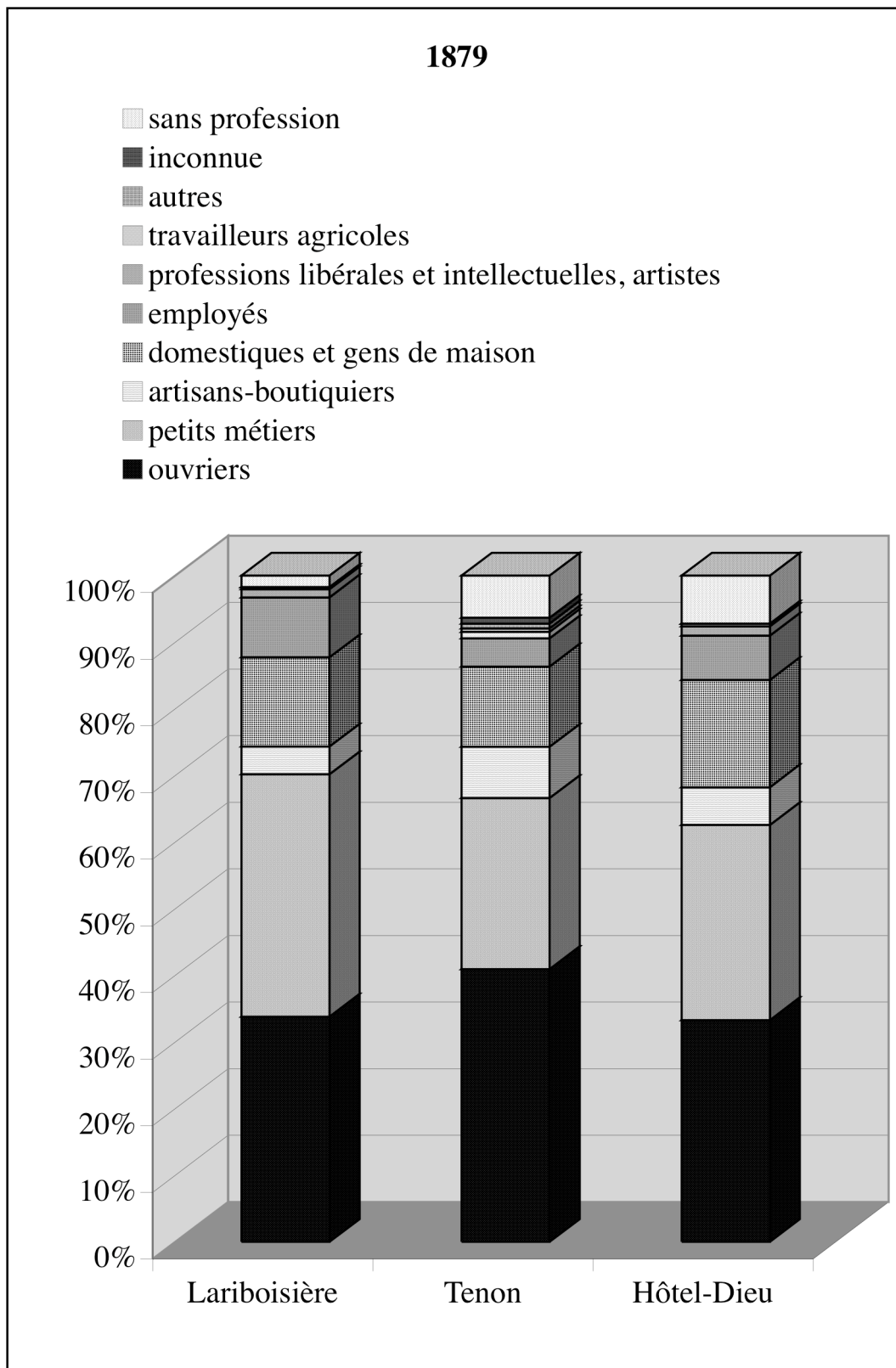
cette optique, on a regroupé les malades de plus de quinze ans en sept catégories socioprofessionnelles, afin de mieux cerner le profil social des hospitalisés.

Sous le terme ouvrier, on a rassemblé tous les travailleurs manuels exerçant sous les ordres d'un patron, à l'usine comme dans un atelier et disposant d'un certain savoir-faire, si minime soit-il. On y a inclus en particulier les ouvriers du textile – dont les couturières, et les lingères –, de la métallurgie – comme les fondeurs, les chaudronniers... –, du bâtiment – comme les peintres, les terrassiers, les maçons... – mais aussi les ouvriers de la fabrique et du luxe – comme les orfèvres, les batteurs d'or... La catégorie des petits métiers rassemble tous les travailleurs au statut précaire, sans savoir-faire particulier, du type journaliers, hommes ou femmes de peine, débardeurs, vendeurs à la sauvette, travailleurs de la rue⁴⁴. Les ferrailleurs et les colporteurs ont également été codés comme « petits métiers ». La troisième catégorie est celle des artisans et des boutiquiers ; elle renvoie à ceux qui travaillent pour leur propre compte et possèdent un petit avoir : on y a classé les boulangers, les bouchers, les cordonniers, les menuisiers, les ébénistes, les coiffeurs... La catégorie des domestiques et gens de maisons rassemble tous les personnels servants soit chez un particulier, soit dans un établissement comme un hôtel ou un restaurant. Le groupe employés renvoie à des métiers impliquant l'acquisition d'une certaine éducation : tous les secrétaires, clercs de notaires, employés de banque, demoiselles de magasins. Dans le groupe des professions libérales et intellectuelles, auquel on a joint les artistes, figurent des institutrices et des professeurs, des libraires-éditeurs, quelques médecins, des traducteurs mais aussi des musiciens, des acrobates, des artistes lyriques. Enfin une dernière catégorie peu présente, est constituée par les travailleurs agricoles, où on a groupé les cultivateurs, vachers et jardiniers qui fréquentent l'hôpital. Très rarement, le nom inscrit ne remplissait aucune des conditions précédentes et il a

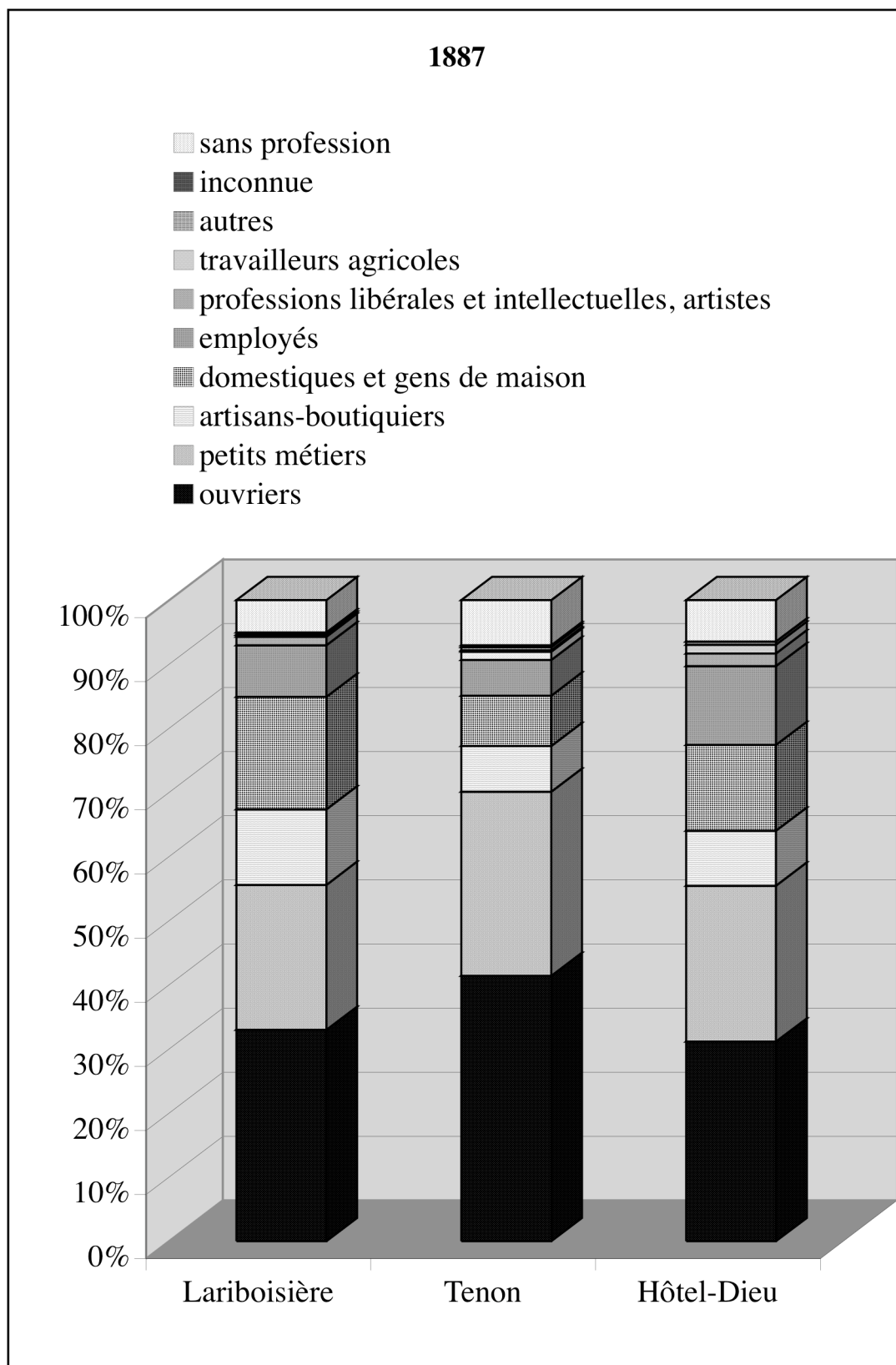
⁴⁴ Les petits vendeurs notamment présentent une infinie variété et témoignent de l'importante activité qui régnait alors dans les rues de Paris : marchands de marrons, d'oublies, vendeuses de fleurs, d'allumettes, de papier, de cigarettes ne sont que quelques-unes des nombreuses appellations mentionnées dans les registres.

fallu créer une catégorie autres. On y a rangé par exemple quelques mousses, des militaires, des ecclésiastiques, un vice-consul. Lorsque le doute était trop grand, on s'est appuyé sur le recensement de 1891, qui en plus de ses divisions en de multiples catégories sectorielles, détaille pour chacune d'elles, le nombre de patrons, d'employés, d'ouvriers en précisant à chaque fois le sexe des individus. Ainsi, le choix s'est imposé en regardant dans les colonnes la proportion patrons, employés ou ouvriers qui dominait dans la profession considérée.

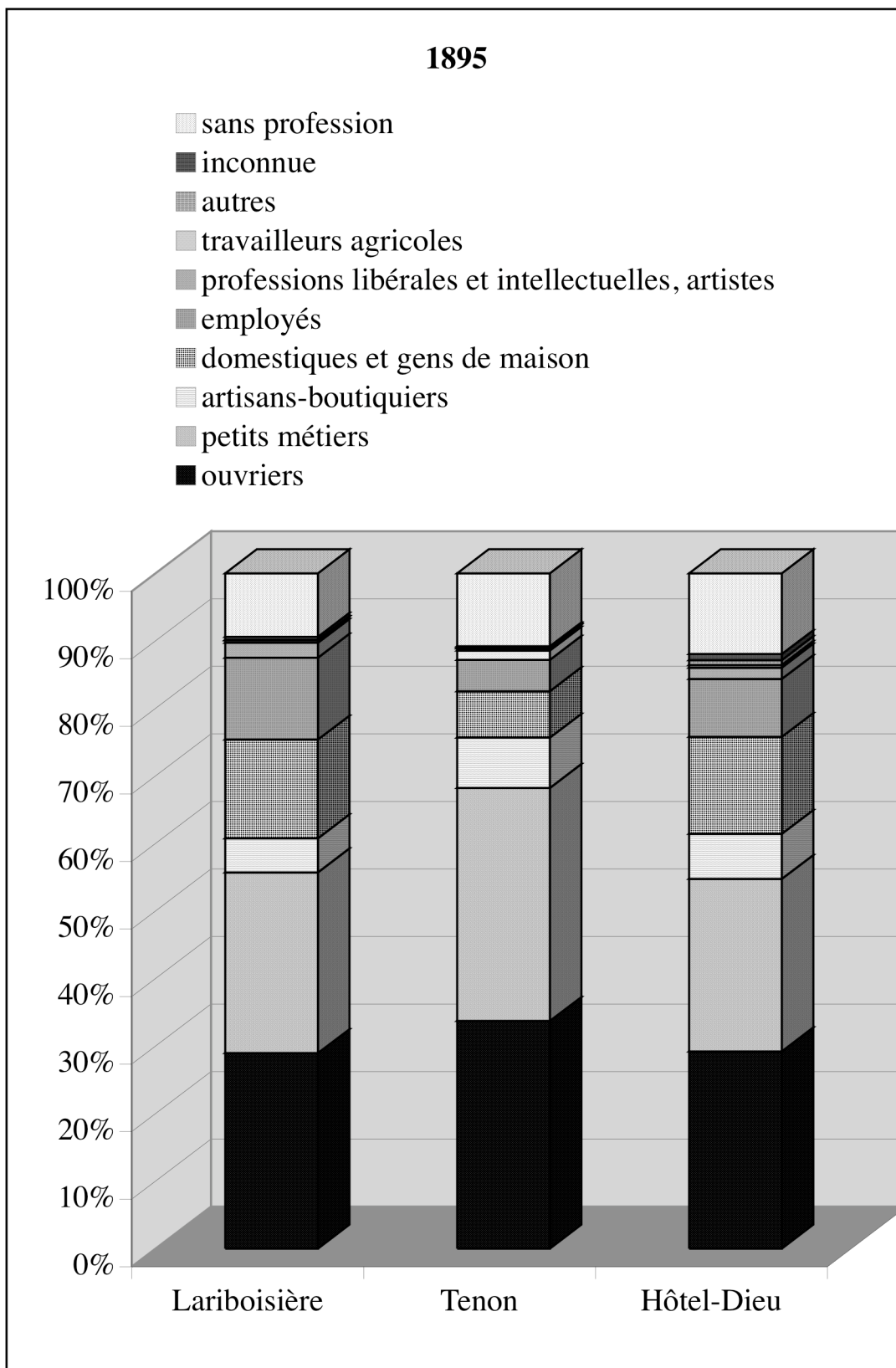
Graphique 25. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1879



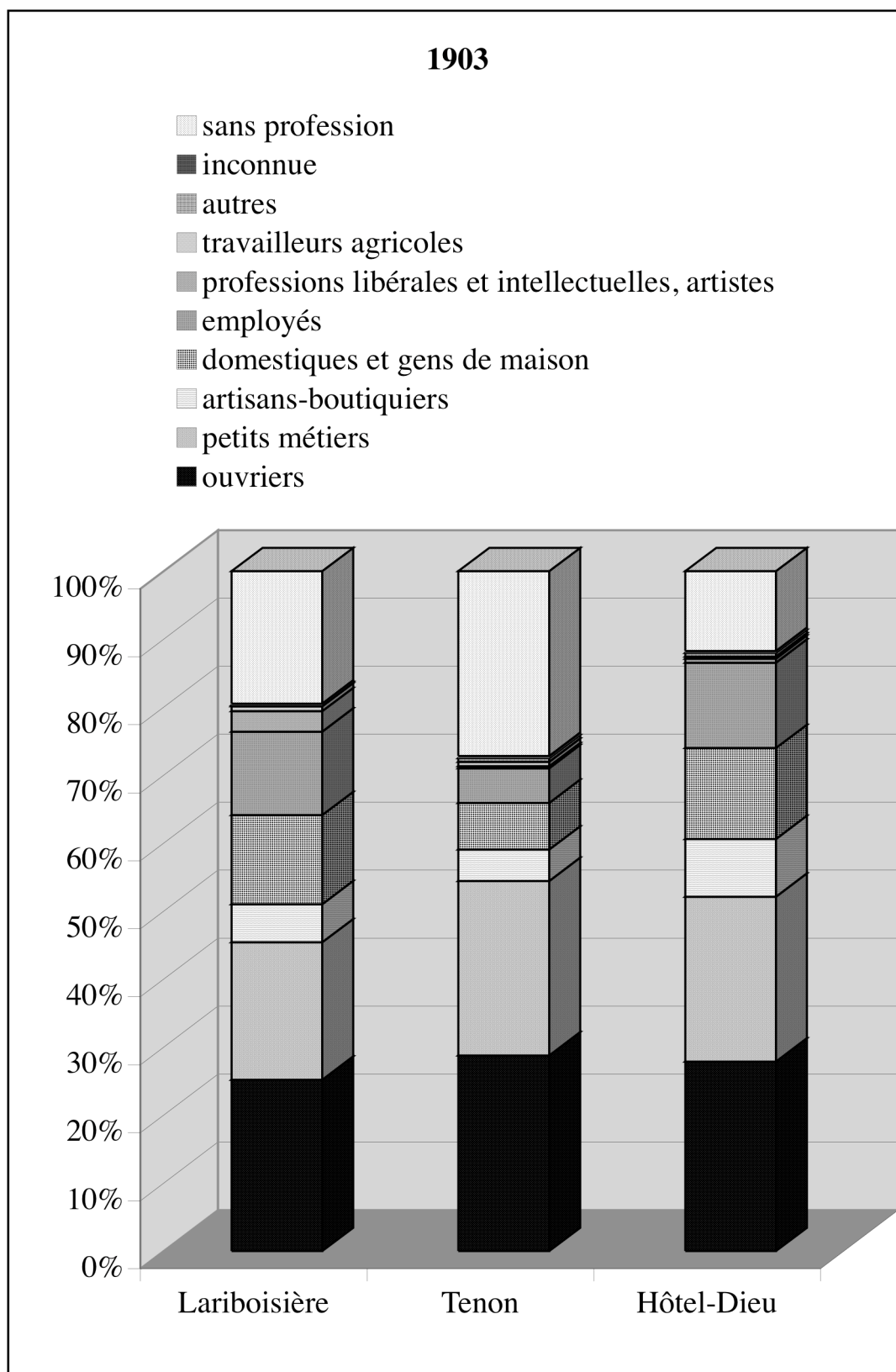
Graphique 26. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1887



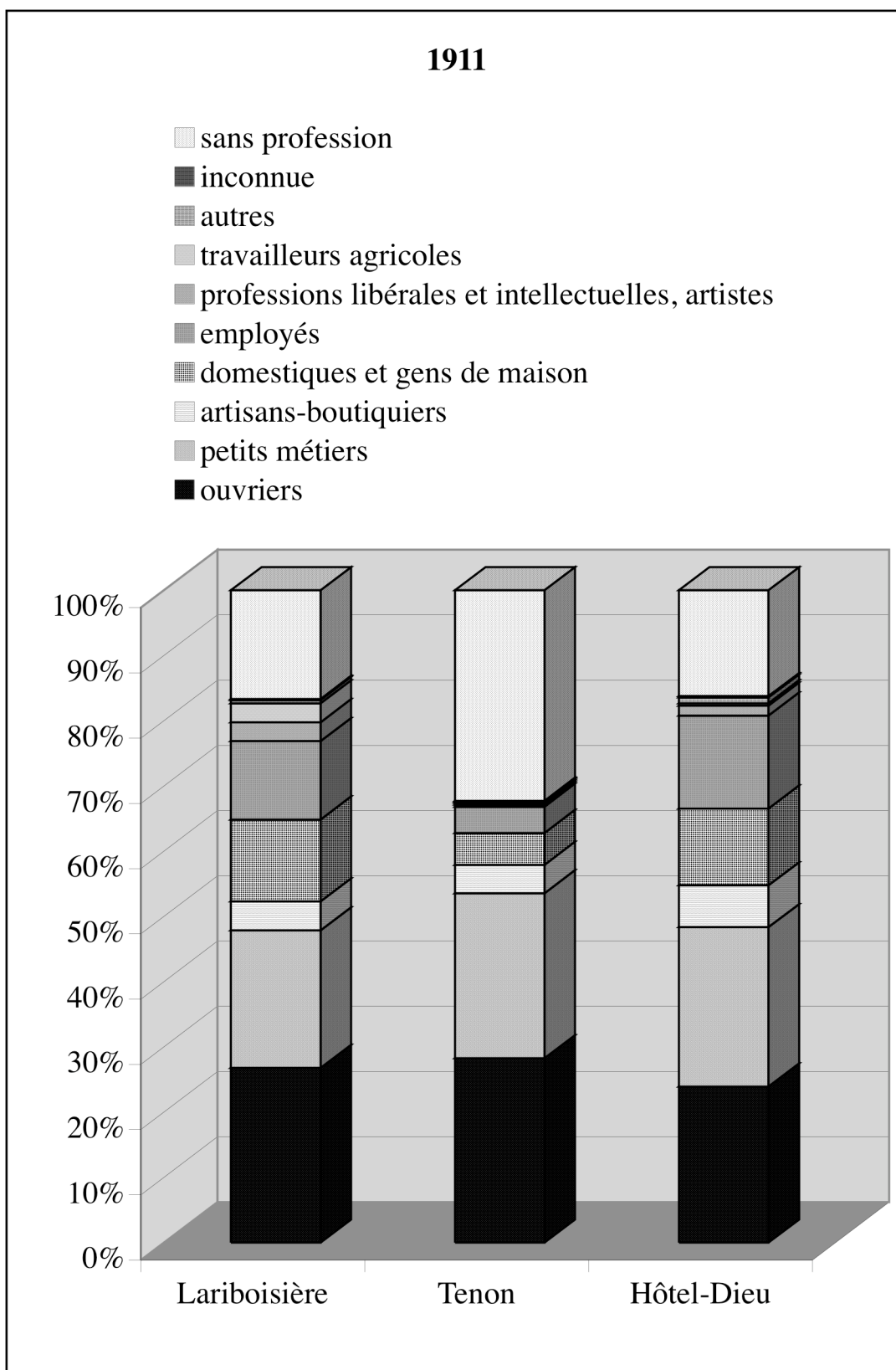
Graphique 27. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1895



Graphique 28. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1903



Graphique 29. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1911



Les deux groupes les plus représentés pour tous les hôpitaux sont les ouvriers d'une part ajoutés aux petits métiers d'autre part (graphiques 25 à 29). La catégorie des ouvriers correspond à des professions plus stables et très souvent plus qualifiées que celle des petits métiers, pour lesquels l'expérience et le savoir-faire n'ont que peu d'importance. En moyenne, la part des ouvriers représentée dans les trois hôpitaux au cours de la période de référence correspond globalement au tiers de l'effectif des hospitalisés quelle que soit la période, et quel que soit l'hôpital considéré hormis l'Hôtel-Dieu en 1911 où cette proportion n'atteint que le quart.

Si on souhaite être plus précis, le regroupement par secteurs d'activité des ouvriers montre quelques constantes dans les trois hôpitaux (tableaux 35 à 37).

Tableau 35.
Répartition des ouvriers hospitalisés
par secteur d'industrie à Lariboisière

	1879	1887	1895	1903	1911
ouvriers de la fabrique et du luxe	7,85%	7,43%	6,12%	6,79%	3,66%
ouvriers du bâtiment	12,99%	13,87%	17,78%	16,16%	18,76%
ouvriers du textile	41,69%	38,63%	33,65%	40,05%	39,90%
ouvriers de la métallurgie	12,99%	12,80%	10,90%	7,03%	6,04%
autres	24,48%	27,27%	31,55%	29,98%	31,64%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

* Sous le terme « autres », on a inclus tous les métiers qui ne pouvaient être assimilés aux autres catégories. Ce groupe des « autres ouvriers » est toujours assez important, en raison notamment de la fréquence des mentions de « mécaniciens » ou « mécaniciennes » qui ne semblaient pas à Paris devoir être complètement assimilables aux ouvriers de la métallurgie, malgré leur affiliation à la fédération des ouvriers métallurgistes un peu avant le Congrès d'Amiens, en 1906.

Tableau 36.
Répartition des ouvriers hospitalisés
par secteur d'industrie à Tenon

	1879	1887	1895	1903	1911
ouvriers de la fabrique et du luxe	7,27%	10,79%	9,03%	5,50%	9,82%
ouvriers du bâtiment	11,52%	12,23%	16,86%	19,55%	20,36%
ouvriers du textile	37,58%	30,46%	26,60%	24,85%	23,04%
ouvriers de la métallurgie	13,33%	14,39%	12,11%	11,00%	8,21%
autres	30,30%	32,13%	35,39%	39,10%	38,57%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau 37.
Répartition des ouvriers hospitalisés
par secteur d'industrie à l'Hôtel-Dieu

	1879	1887	1895	1903	1911
ouvriers de la fabrique et du luxe	6,25%	6,37%	4,10%	7,43%	13,07%
ouvriers du bâtiment	22,08%	23,11%	17,41%	15,24%	16,11%
ouvriers du textile	31,25%	32,27%	37,20%	40,15%	30,70%
ouvriers de la métallurgie	5,42%	5,58%	3,75%	8,18%	6,08%
autres	35,00%	32,67%	37,54%	29,00%	34,35%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dans cet ensemble, la part des ouvriers du textile est de loin la plus considérable : parmi eux on trouve une grande majorité de couturières (près de la moitié des ouvriers du textile), de tailleurs, de brocheuses, de tisseurs et de brodeuses. Peu qualifiées et peu rémunératrices, ces activités sont le lot de travailleurs en ateliers, mais pour beaucoup aussi à domicile. Travailleurs précaires, soumis à une alternance de période de presse et de chômage, leurs conditions difficiles de travail expliquent que la maladie trouve un terrain

favorable sur des organismes affaiblis par des horaires⁴⁵ qui peuvent s'allonger démesurément. Le deuxième groupe particulièrement bien identifié dans cet échantillon est celui des ouvriers du bâtiment (terrassiers, maçons, tailleurs de pierre, peintre en bâtiments, couvreurs...) dont on remarque la représentation particulièrement forte à l'Hôtel-Dieu même si elle a tendance à diminuer au cours de la période. Les risques importants dans des types de travaux dangereux plaident pour leur importance relative dans le contingent des ouvriers sur une période où Paris connaît des grands travaux de manière continue. Les mentions⁴⁶ « tombé du premier étage » « du cinquième étage », « tombé de l'échelle en travaillant pour M. L. » illustrent les dangers que courent ces ouvriers dans l'exercice de leur travail. Les ouvriers de la fabrique et du luxe connaissent des itinéraires hospitaliers différents en fonction de l'hôpital considéré : un peu plus présents à Tenon, et légèrement moins à Lariboisière et l'Hôtel-Dieu, ils sont de 7 à 10% des patients en moyenne mais avec des années exceptionnelles comme 1895 pour Tenon, 1903 pour l'Hôtel-Dieu et 1911 pour Lariboisière où leur taux atteint un niveau particulièrement bas. Il s'agit d'ouvriers à part, - orfèvres, batteurs d'or, lapidaires... - qui sont détenteurs de techniques et de savoir-faire bien spécifiques, les plaçant ainsi en haut de l'échelle des ouvriers.

Quant aux ouvriers de la métallurgie, ils sont eux aussi assez faiblement représentés à l'hôpital en raison principalement de la faiblesse relative de cette industrie dans la capitale et ils voient leur part s'éroder chez les malades. Dans la catégorie « autres » on a placé notamment tous les mécaniciens, et autres

⁴⁵ De 18 à 20 heures par jour dans la confection parisienne en haute saison. D'après GREEN N., *Les travailleurs immigrés juifs à la Belle Époque, le « Pletzl » de Paris*, Paris, Fayard, 1984, p. 53, cité par CHARLE C., *Histoire sociale (...) op. cit.*, p. 290.

⁴⁶ Il s'agit de la dernière colonne des registres, qui n'est remplie que ponctuellement par le médecin. Pour Lariboisière, l'année 1871 est notamment très riche d'indications sur les circonstances des accidents ayant causé les hospitalisations mais ce souci du détail vraisemblablement sur ordre des autorités en raison du siège et de la Commune reste plutôt une exception. Les RAC contiennent ainsi un rappel d'instructions afin que les Directeurs procèdent dans leur établissement au signalement des individus jugés suspects. *Circulaire aux Directeurs du 27 juillet 1871*, « Recherches dans les hôpitaux réclamées par la Préfecture de Police », RAC, 1J5, p. 6 ; ainsi que la *Circulaire aux Directeurs du 28 février 1872* « Demandes de renseignements sur les personnes supposées admises dans les établissements hospitaliers », RAC, 1J5, p. 29.

machinistes en raison de l'incapacité à déterminer un secteur d'activité particulier, tant la mécanisation gagne peu à peu tous les secteurs de l'industrie et de la fabrique parisienne. Ces ouvriers représentent environ un tiers de la catégorie « autres » : en dehors des mécaniciens, on trouve des ouvriers typographes, des charretiers, des corroyeurs, des feuillagistes, vernisseurs, des ouvriers en parapluies, etc... la multiplicité des dénominations renvoyant à des qualifications, des conditions de travail et de rémunérations aussi variables que difficiles à saisir. On imagine néanmoins sans peine que ces métiers comportent davantage de risques professionnels que les employés⁴⁷. Les « petits métiers » recouvrent du quart au tiers environ des malades de plus de 15 ans. Ce sont des patients au statut social instable et précaire, travaillant au jour le jour et en permanence au bord de la misère. Journaliers, petits vendeurs à la sauvette, blanchisseuses⁴⁸ sont les catégories les plus souvent rencontrées.

Loin derrière les petits métiers et les ouvriers, on trouve les artisans et les boutiquiers qui forment une catégorie avec un niveau social plus élevé : de 4 à 7% environ des malades s'en réclament, ce qui est un peu au-dessous de leur présence dans le quartier autour des hôpitaux considérés. À l'inverse des précédents, ils possèdent un petit capital⁴⁹, ce qui les distingue des activités les plus modestes. Mais celui-ci peut être réduit à leurs seuls outils, par conséquent leur niveau de vie est sensiblement équivalent à celui de certains ouvriers. Les plus représentés sont les cordonniers, au métier assez mal rémunéré et fragilisé

⁴⁷ CORBIN A., COURTINE J-J ET VIGARELLO G. (dir), *Histoire du corps*, tome 2, *De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Éd. du Seuil, 2005, notamment le chapitre 5 « Le corps du travailleur usé, meurtri, au siècle de l'industrialisation », pp. 215-273. « D'une manière générale écrit Caroline Moriceau, l'agressivité à l'égard du corps est une caractéristique du travail, qu'elle se traduise par la gêne, la douleur, l'intoxication, l'accident, la déformation ou le surmenage' » p. 251. Néanmoins, elle est plus forte dans les métiers au contact avec des machines, des instruments ou des produits toxiques susceptibles de « briser » ces corps. C. MORICEAU est l'auteur d'une thèse *Les douleurs de l'industrie. L'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, EHESS, 2002.

⁴⁸ On a intégré les blanchisseuses dans les petits métiers, plutôt que comme des ouvrières dans la mesure où cette activité, qui comporte une minorité de patrons 3,6% dans le seul 18^e d'après le recensement de 1891, ne paraît pas nécessiter de qualification particulière.

⁴⁹ Voir notamment l'enquête de 1893 de l'Office du Travail, *La petite industrie. Salaires et durée du travail*, t. 1 *L'alimentation à Paris*, t. 2 *Le vêtement à Paris*, Paris, Imprimerie nationale, 1893.

par la forte concurrence de la part des populations étrangères⁵⁰. En général, l'artisanat de production est un secteur en déclin hormis quelques secteurs protégés comme l'artisanat d'art et de luxe, par exemple, l'ébénisterie, ou l'artisanat de service, notamment la coiffure⁵¹. La boutique est mieux lotie et continue de résister à l'évolution urbaine et industrielle⁵² mais beaucoup de boutiquiers vendent à crédit et restent souvent très pauvres, comme le souligne Alain Faure à propos des épiciers⁵³. À l'Hôtel-Dieu, des marchands aux Halles, mais aussi des épiciers, des charcutiers, des crémiers, des marchands de vins rappellent la vocation nourricière du cœur de Paris.

Le groupe des domestiques et gens de maisons est très variablement représenté, mais souvent plus que leur part dans les arrondissements environnants. Ils sont cochers⁵⁴, gardiens, valets ou femmes de chambres, bonnes, gouvernantes... Leur salaire est souvent plus élevé que celui de l'ouvrier d'usine et d'un travailleur à domicile⁵⁵, mais ils n'ont aucune sécurité de l'emploi, et leur quotidien est soumis à de lourdes contraintes : ils travaillent 15 à 18 heures par jour et sont souvent des célibataires obligés.

⁵⁰ En 1860, on note que « les salaires des cordonniers comptent encore parmi les plus faibles des salaires parisiens ». Malgré la hausse du salaire moyen dans la deuxième moitié du siècle, il paraît probable que ceux-ci font encore partie en 1887 des métiers à faible revenu. Voir CHEVALIER L., *La formation de la population parisienne au XIX^e siècle*, Travaux et documents, Cahiers n°10, Paris, PUF, 1950, p. 116.

⁵¹ Les résultats statistiques du dénombrement de 1891 indiquent que les coiffeurs sont 6410 en 1891 à Paris dont 2027 ouvriers et 316 patrons, soit une augmentation de presque 24% par rapport à 1886.

⁵² GAILLARD J., *Paris, la ville...*, *op. cit.*, notamment les chapitres « Cadre et contraintes du commerce parisien », p. 259-286, et « Un nouveau pacte entre l'atelier et la ville », p. 287-358. Elle y montre qu'à la fin du Second Empire, les boutiquiers parisiens s'en sortent et se maintiennent, malgré la concurrence des grands magasins.

⁵³ Voir en particulier l'article d'Alain FAURE « L'épicerie parisienne au XIX^e siècle ou la corporation éclatée », in HAUPT H-G et VIGIER Ph., « L'atelier et la boutique », *Le Mouvement Social*, n° 108, 1979, pp. 113-130.

⁵⁴ Même s'ils sont de moins en moins au service de particuliers et souvent à leur compte ou employés dans de grandes compagnies d'omnibus, on a délibérément opté pour le codage des cochers dans cette catégorie, leurs conditions de travail les rapprochant souvent des domestiques. Voir PAPAYANIS N., « La prolétarianisation des cochers de fiacre à Paris (1878-1889) », *Le Mouvement Social*, n° 132, 1985, p. 59-82 ainsi que *The coachmen of the nineteenth century Paris – Service workers and class consciousness*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, 1993.

⁵⁵ 500 à 600 francs par an à Paris contre 300 à 350 francs en province. Cité dans LE YAOUANQ J., *Les structures sociales de la France de 1815 à 1945*, Paris, Ellipse, 1998, p. 97.

4 à 12% des malades sont des employés. Une distinction semble s'opérer au fil de la période entre Tenon où la part des employés demeure toujours très faible, proche de 4 à 5%, et Lariboisière et l'Hôtel-Dieu où elle atteint sur la fin de la période 12 voire 14%. L'environnement plus ouvrier de Tenon explique largement cet écart. Les employés dans les trois hôpitaux, sont plutôt sous-représentés par rapport à la population globale. Catégorie intermédiaire entre ouvriers et patrons, ils peuvent travailler dans des maisons de commerce, des grands magasins, ou les bureaux des grandes entreprises. À Lariboisière sont présents notamment les employés des compagnies de chemins de fer des gares du Nord et de l'Est (plus de la moitié des employés hospitalisés), en effet, ces compagnies ont un accord avec l'hôpital⁵⁶ pour qu'y soient soignés et pris en charge leurs salariés.

L'ensemble de ces travailleurs correspond à une petite bourgeoisie, même si elle reste modeste. Leurs conditions de travail sont moins pénibles, les journées sont moins longues que pour les ouvriers, même si leurs salaires restent peu élevés. Ils ont également des perspectives de carrières mineures mais bien réelles, grâce à la promotion interne, et possèdent quelques avantages en nature grâce aux fonds de retraites, de prévoyance et de secours souvent constitués dans ces sociétés. C'est le cas en particulier des employés de la Compagnie du chemin de fer du Nord⁵⁷.

La société dans son ensemble n'est pas complètement représentée à l'hôpital. On constate en effet que les véritables indigents, ainsi que les classes supérieures (propriétaires, négociants, rentiers, hauts fonctionnaires), sont absents des malades soignés à l'hôpital à la fin du XIX^e siècle. Cependant, on doit signaler la présence de quelques représentants de catégories sociales plus favorisées : quelques médecins, instituteurs, commissaires, propriétaires, mais

⁵⁶ *Circulaire aux Directeurs du 30 mai 1874*, « Admission dans les hôpitaux des employés de chemin de fer sur la production d'un certificat d'un des médecins attachés à leur Compagnie », RAC, 1J5, p. 152.

⁵⁷ CARON F., *Histoire de l'exploitation d'un grand réseau. La compagnie du chemin de fer du Nord 1846-1937*, Paris, Mouton, 1973. Voir le chapitre X, p. 316-325.

ils sont rares. Cela est peut-être la marque d'un certain élargissement de la clientèle. Ainsi, l'hôpital n'apparaît-il donc pas destiné aux extrêmes de l'échelle sociale. Il s'adresse à un vaste ensemble : les groupes intermédiaires avec une préférence pour les catégories les plus populaires (ouvriers et petits métiers).

L'homogénéité même de ces groupes intermédiaires doit elle-même être nuancée. À l'intérieur des groupes populaires, il existe en effet de grandes disparités de niveau de vie et de conditions. Parfois un même métier peut renvoyer à des conditions de vie ou de travail très éloignées, selon par exemple, qu'on travaille en usine ou en atelier. La présence plus ou moins forte de tel groupe de travailleurs à l'hôpital s'explique en partie par les conditions d'exercice et les risques attachés à telle ou telle activité. Certains travailleurs ont des conditions de vie précaires : ainsi en est-il des petits métiers et d'un certain nombre d'ouvriers. Or, on constate que les plus pauvres ne sont pas forcément les plus nombreux. Par exemple, en repérant les ouvriers de la métallurgie, on doit reconnaître qu'une grande partie d'entre eux font partie de l'élite des ouvriers de ce secteur (comme les régleurs, les monteurs, les ajusteurs...), ceux qu'on surnomment les Sublimes, et qui ont la maîtrise d'une machine. Ils sont généralement mieux payés et ont conscience de leur valeur professionnelle⁵⁸. En ce qui concerne l'artisanat et la boutique, les métiers recouvrent là encore des réalités très diverses⁵⁹. Ce secteur est en grande partie en déclin, mais certains métiers continuent d'être florissants, comme l'artisanat de luxe⁶⁰ (il y a d'assez nombreux bijoutiers, autant que de menuisiers ou d'ébénistes) ou de service (on

⁵⁸ POULOT D. , *Le Sublime ou le travailleur comme il est en 1870 et ce qu'il peut être*, étude préalable d'Alain COTTEREAU, Paris, Maspéro, 1980 (rééd.).

⁵⁹ HAUPT H-G et VIGIER Ph., « L'atelier et la boutique », *Le Mouvement Social*, n° 108, 1979 notamment les contributions de Jean LE YAOUANQ « La mobilité sociale dans le milieu boutiquier parisien au XIX^e siècle », p. 89-112 ainsi que celle d'Alain FAURE « L'épicerie parisienne au XIX^e siècle ou la corporation éclatée », p. 113-130.

⁶⁰ La crise de la fin des années 1880 et du début des années 1890 est néanmoins perceptible même dans ce secteur, en particulier dans le milieu des bronziers, fragilisés par la concurrence étrangère Voir notamment DEMIER F., « Du luxe au demi-luxe. La réussite des bronziers parisiens au XIX^e siècle », in MARSEILLE J. (dir), *Le luxe en France du siècle des Lumières à nos jours*, Paris, ADHE, 1999, pp. 63-91.

a déjà souligné la part relativement importante des coiffeurs). A l'inverse, les boutiquiers sont moins nombreux. Il faut tout de même mentionner le fait qu'ils demeurent encore à la fin du siècle, plus riches que les ouvriers même si l'écart s'est considérablement réduit. En 1911, la fortune des artisans-boutiquiers est encore 6,5 fois plus élevée que celle des ouvriers contre 41 fois au début du XIX^e siècle et la barrière de classe demeure très difficile à franchir⁶¹. Il convient donc de percevoir les limites du regroupement opéré par catégories socioprofessionnelles, pour constater la présence de patients d'origines populaires, mais qui peuvent avoir des attitudes différentes face à l'institution hospitalière en fonction par exemple de leurs conditions d'habitat et d'hébergement.

Les employés sont assez peu représentés par rapport à leur part dans la population des arrondissements alentours. Les domestiques sont eux très sur-représentés surtout à Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu. Un facteur d'explication réside peut-être dans leur condition de vie et d'habitat. Les employés ont, en effet, des situations plus stables que les domestiques, qui ne sont jamais à l'abri d'un renvoi et n'ont pas de logement personnel. Pour eux la maladie est une catastrophe et leur seul refuge est l'hôpital. La précarité de l'emploi et du logement sont donc bien des facteurs importants dans l'hospitalisation. On peut se demander également si les employés ne rejettent pas l'hôpital en raison de sa connotation populaire, alors même qu'ils cherchent à se distinguer du petit peuple. Pour les catégories les plus aisées, l'entrée à l'hôpital est moins liée à un besoin d'assistance sociale, comme pour les domestiques, qu'à un besoin de soins médicaux spécifiques. Ces individus sont plus nombreux à l'hôpital non parce qu'ils sont plus pauvres ou isolés mais parce qu'ils sont plus malades. Dans cette perspective, le degré de risque encouru dans le cadre du travail est déterminant⁶² (ouvriers en métallurgie ou dans le bâtiment). Ainsi pourrait s'expliquer la moindre présence des boutiquiers par rapport aux artisans, qui

⁶¹ DAUMARD A., *Les fortunes françaises au XIX^e siècle*, Paris, Mouton, 1973, p. 487.

⁶² BONNEFF L. et M., *Les métiers qui tuent. Enquête auprès des syndicats ouvriers sur les maladies professionnelles*, Paris, Bibliographie sociale, 1905.

ont un métier moins physique et moins soumis aux risques d'intoxication par des gaz ou des poussières nocifs.

Ces hôpitaux seraient donc destinés à des travailleurs des classes populaires et moyennes. Cependant la variété des situations conduit à éviter tout déterminisme social. Si certaines professions sont sur-représentées parmi les malades, comme par exemple les domestiques, il faut davantage en chercher les raisons dans la précarité de leur emploi et de leur logement, plutôt que dans la pauvreté et le dénuement. De même, les conditions de travail particulièrement dangereuses de certaines professions expliquent qu'on trouve ainsi plus d'ouvriers de la métallurgie ou du bâtiment que d'employés. En somme, l'hôpital est une institution qui attire des catégories souvent mal insérées socialement et professionnellement, modestes le plus souvent, et pour lesquelles il conserve une fonction de refuge.

En définitive, l'examen des registres d'entrées se révèle utile. La société des malades est somme toute assez représentative de la société des quartiers qui environnent ces hôpitaux, indice de l'appropriation par les habitants du quartier d'une institution hospitalière à laquelle on hésite, semble-t-il de moins en moins souvent à faire appel. Les catégories hospitalisées sont représentatives d'un Paris populaire, mais pas totalement démunie : l'hôpital n'est plus l'hôpital des pauvres ou des sans-abri même s'il conserve une indéniable fonction de refuge auprès de certaines catégories. Il devient davantage un recours pour des populations qui ont parfaitement compris l'intérêt qu'elles avaient à venir se faire soigner dans des établissements qui ne sont pas des mouiroirs, mais des lieux de soins, plus professionnels, plus fonctionnels et dans lesquels les perspectives d'obtenir une guérison sont de plus en plus fortes. L'étude des maladies dont souffrent ces patients, peut encore enrichir la compréhension du recours à l'hôpital.

Chapitre VI

Soigner et guérir : les nouvelles missions de l'hôpital à la fin du XIX^e siècle

L'étude sociale des populations hospitalisées a révélé un usage de l'hôpital par des populations appartenant à des classes populaires et moyennes, pour lesquelles l'hôpital devient une ressource de plus en plus évidente. Il importe à présent de s'intéresser aux diagnostics qui motivent ces hospitalisations, en essayant de faire la part des causes médicales et sociales. Certes les progrès médicaux sont patents et les découvertes de Pasteur ouvrent la voie à une médecine de laboratoire, qui connaît ses premières applications à l'hôpital. Pour autant, beaucoup de maladies n'ont pas encore trouvé leur remède, et le recours à l'hôpital signifie alors le soulagement, le repos et les soins plus que la guérison. Par ailleurs, pour bon nombre de patients, ces progrès sont encore bien théoriques et ne modifient en rien la vision traditionnelle d'un hôpital perçu encore sous un angle charitable.

L'étude des maladies va permettre de dresser le bilan de cette lutte entre la vocation sociale originelle et son rôle plus strictement médical. Interroger la nature des maladies, la mortalité et les durées de séjour peuvent servir à mesurer la nature du recours à l'hôpital, et au total son utilité sociale afin de vérifier que celui-ci n'est plus à la fin du XIX^e siècle, une fatalité. L'histoire de l'hôpital étant avant tout celle des patients qui y séjournent, il convient de

passer la réflexion sur l'hôpital au crible d'un triple questionnement, en remontant du symptôme aux causes : de la nature des maladies, à la guérison éventuelle ou au décès des patients, et enfin à leur environnement socio-professionnel. En d'autres termes, on sera amené à s'interroger sur la nature et la fréquence des maladies qui justifient une présence à l'hôpital. Dans cette perspective, on évaluera si l'urgence ou la gravité d'un mal sont toujours un élément déterminant du séjour à l'hôpital. S'il est clair dans un deuxième temps que les conditions de vie, d'âge, mais aussi le sexe conditionnent le séjour à l'hôpital, on pourra également questionner cette relation sur la durée : l'évolution des progrès médicaux profite-t-elle à tous les patients de la même manière ? Enfin la catégorie socio-professionnelle, dans la mesure où elle implique des formes d'activités particulièrement usantes pour les corps, prédispose-t-elle les individus à un certain type d'affection ?

Répondre à l'ensemble de ces interrogations suppose au préalable de classer les différents diagnostics portés sur les registres. Or plus encore que les professions, ils sont sujets à des interprétations variées. On dégagera ainsi les grandes tendances des affections qui sont à l'origine de l'hospitalisation, en s'appuyant sur les catégories nosologiques alors en vigueur. Puis on s'attachera à montrer que les conditions de vie, mais aussi l'origine des patients, ont une incidence sur le recours à l'hôpital. La diminution des durées de séjour, l'observation des taux de mortalité à l'hôpital permettront de caractériser l'efficacité relative de l'institution hospitalière. L'examen en dernier lieu des catégories socio-professionnelles et des pathologies mettront en évidence la nature des liens entre l'hospitalisation et le niveau de vie des patients.

A. L'hôpital au service des vivants

L'admission des malades s'effectue selon des critères extrêmement variés : les registres d'entrées contiennent la plupart du temps le nom de la pathologie diagnostiquée à l'entrée. Assez rarement toutefois, la faiblesse de l'état général

du patient a nécessité son hospitalisation : les quelques mentions de « misère », « misère physiologique », « fatigue » en témoignent. Les récurrences des « sur sa demande » inscrites dans la colonne des maladies, indiquent vraisemblablement aussi que certains malades se font admettre à leur demande expresse, sans doute en raison d'un affaiblissement général de l'organisme, mais ces mentions se font de plus en plus rares. Dans la très grande majorité des situations, l'hospitalisation relève d'une nécessité médicale identifiée dès l'entrée du patient par le médecin de garde. La validité du diagnostic n'a pas pu être vérifiée dans la mesure où les dossiers médicaux ne sont pas conservés.

L'examen de ces maladies transporte l'historien sur le terrain de l'enquête médicale¹. Plutôt que mettre en rapport les dénominations trouvées avec une nomenclature moderne, on a choisi de lire ces maladies à la lumière des savoirs du temps, ceci semblant plus judicieux pour saisir la complexité des processus d'hospitalisation. Ce choix a eu quelques inconvénients, mais il permettait des comparaisons plus aisées avec les statistiques du temps. On dispose en effet pour le XIX^e siècle, des études remarquables dressées par le docteur Jacques Bertillon (1851-1922), statisticien et démographe qui succède à son père Alphonse à la tête du service de la statistique municipale. Il reprend du reste les nomenclatures nosologiques² en vigueur à la Préfecture de la Seine depuis les années 1860, au moment de la création du Bureau de la Statistique municipale.³

¹ Voir à ce sujet pour une période antérieure PETER J.-P., « Les mots et les objets de la maladie. Remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIII^e s. », *Revue Historique*, juillet-septembre 1971, pp. 13-38 ainsi que « Malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle », *Annales E. S. C.*, 1964, n°4, pp. 711-751.

² Voir BERTILLON J., *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris, 1865-1887*, Paris, Masson, 1889 ainsi que BERTILLON J., *De la morbidité et de la mortalité par profession (Etude accompagnée d'une nouvelle table de morbidité et d'une nouvelle table de mortalité par profession calculée d'après les annuaires statistiques de la ville de Paris, 1885-89)*, Paris, Imprimerie municipale, 1891, enfin les *Annuaire statistiques de la Ville de Paris* contiennent des études sur les principales maladies rencontrées à la fin du siècle, en particulier « De la fréquence des principales causes de décès à Paris pendant la seconde moitié du XIX^e siècle et notamment pendant la période 1886-1905 », *Annuaire statistique de la Ville de Paris*, 1904, p. 184 et suiv.

³ Voir AAP, Foss 733, *Statistiques 1840-1890 (mortalité, consultation, lits, brancards)* contenant un sous-dossier intitulé « 1860 : statistique médicale des hôpitaux » où est consigné un tableau présentant une nomenclature des causes de décès en 1874, qui distingue

1. *Maladies populaires, maladies de travailleurs*

L'étude des maladies a également nécessité comme pour celles des professions, des regroupements permettant non seulement d'identifier des groupes de maladies, mais également d'effectuer des comparaisons avec les recensements de la fin du siècle. Ainsi le modèle issu de l'*Annuaire Statistique de la ville de Paris* pour l'année 1891 a-t-il permis de forger une grille d'analyse. Les maladies y sont distinguées en deux grands groupes : les maladies qui touchent tout l'organisme ou « maladies générales », et celles qui n'affectent qu'une partie du corps, un membre ou organe *a priori* bien délimité ou « maladies spécifiques ». Les maladies générales sont elles-mêmes subdivisées en deux sous-groupes : d'une part les maladies épidémiques⁴ comme le choléra, la fièvre typhoïde ou la variole, et d'autre part les autres maladies générales *i.e.* non épidémiques parmi lesquelles on range la tuberculose, la syphilis, le cancer mais aussi les rhumatismes, la goutte ou le diabète. Quant aux maladies spécifiques, elles sont rangées en huit sous-catégories : les maladies du système nerveux et des organes des sens, les maladies des organes de la circulation, les maladies des organes de la respiration, les maladies des organes de la digestion, les maladies des organes génito-urinaires, les maladies de la peau et du tissu cellulaire⁵, les maladies des organes de locomotion⁶, et enfin toutes les affections liées à la grossesse et à ses accidents, y compris les naissances et les accouchements, qui ne sont pas des maladies à proprement parler mais qui occasionnent de plus en plus d'hospitalisations. À côté des maladies générales et des maladies spécifiques, les deux catégories principales, il existe trois autres groupes : les maladies des âges extrêmes, consacrées aux cas de « débilité

les maladies générales, les maladies locales aiguës ou chroniques, les morts dans certaines conditions d'âge, les morts violentes, et les causes inconnues ou spécifiées.

⁴ Elles figurent aussi sous l'appellation « maladies infectieuses et contagieuses ».

⁵ On trouve aussi « maladies chirurgicales et vénériennes ».

⁶ Elles sont dénommées aussi « maladies des os et des articulations ».

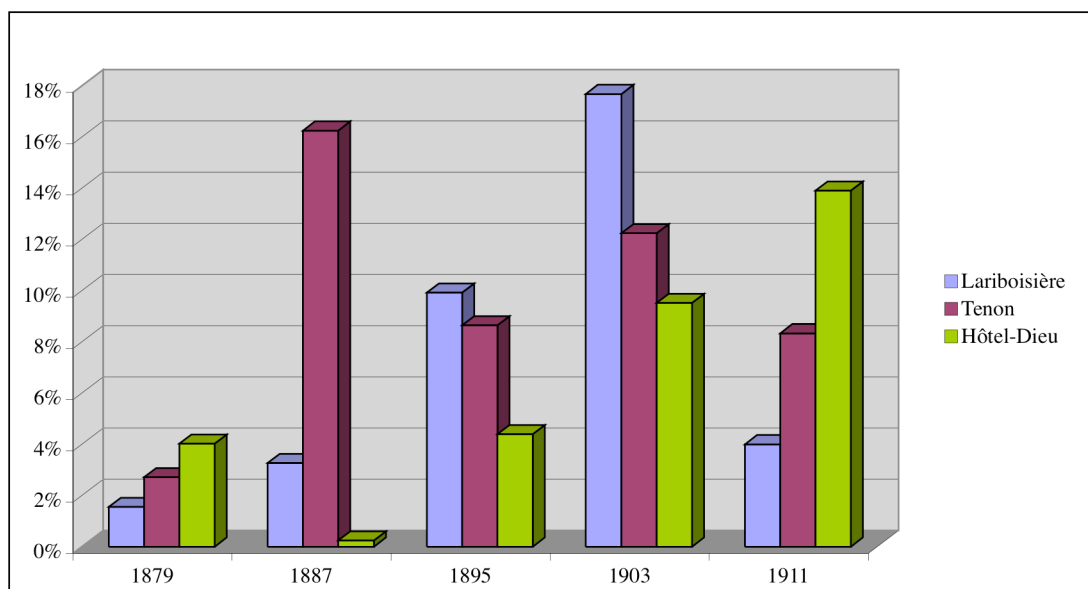
congénitales » pour les nouveaux-nés par exemple mais aussi aux « démences séniles » ; les crimes, suicides et accidents font l'objet d'une autre catégorie à part, comprenant notamment les pendaisons, submersions, empoisonnements, précipitations d'un lieu élevé, chutes accidentelles, écrasements... Ces différents groupes de maladies forment l'architecture du classement ; il a fallu créer enfin une dernière catégorie intitulée « maladies nulles ou inconnues » afin de classer les individus pour lesquels les mentions du registre étaient « rien », « supercherie » « non rempli »...

1.1. *Un hôpital pour les malades*

Sous l'Ancien Régime et au début du XIX^e siècle, l'hôpital n'est pas uniquement réservé aux malades et il accueille encore des pauvres⁷. La situation est tout autre à la fin du siècle. Certes on trouve bien les mentions regroupées dans la catégorie « maladies nulles ou inconnues », mais qu'il convient d'examiner attentivement. Elles sont peu nombreuses et un examen attentif révèle en outre qu'elles ne renvoient pas, le plus souvent, à ce type de public.

⁷ « Ultime asile du pauvre, mais aussi dernière terre pour une population bigarrée de malades, de femmes enceintes, de fous, de blessés qui, chassés de la ville faute d'argent, de famille, venaient y chercher un abris, l'assurance d'un repas, ou le réconfort d'un médicament. Paysage singulier que ce mélange des sexes, des maux, des âges, que cette promiscuité des malades couchés cinq ou six dans un lit, parfois sur un ciel de lit. », écrit François Béguin à propos des hôpitaux d'Ancien Régime, dans le chapitre « La machine à guérir » in FOUCAULT M. (dir.), *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, Paris, Dossiers et documents d'architecture, Institut de l'Environnement, 1976, p. 55.

Graphique 1.
Proportion des « non-malades »
entre 1879 et 1911 dans les hôpitaux



Cette part est en effet toujours minoritaire (graphique 1). Certes, elle atteint tout de même des valeurs proches de 17% à Tenon en 1887⁸ et à Lariboisière en 1903. Ces pics sont liés à l'inclusion dans cette catégorie, de toutes les entrées sur demande des patients, identifiables à la mention « sur sa demande » ajoutée dans la colonne du diagnostic. Cette indication est parfaitement compréhensible quand elle est inscrite dans la colonne « diverse » à côté de la date de sortie, puisqu'elle indique alors que le malade a quitté l'hôpital sans ou contre l'avis du médecin, sur sa propre demande. L'hôpital est en effet un espace ouvert. En revanche, cette mention est plus difficilement explicable quand elle est écrite dans la colonne diagnostic. Elle témoigne peut-être de la fonction de refuge que l'hôpital persiste à incarner pour certains patients qui demandent à entrer à l'hôpital sans raison médicale particulière. Néanmoins il

⁸ Il faut signaler que ce chiffre est augmenté en 1887 en raison du fait que le registre d'entrées, en fort mauvais état, ne fournissait pas de manière lisible l'indication du diagnostic pour une bonne part des malades de janvier. On les a par défaut inscrit dans le groupe des « maladies inconnues ou nulles ».

est peu vraisemblable que les médecins et l'administration admettent des individus sans cause médicale avérée à un moment où les hôpitaux ont du mal à satisfaire la demande. Peut-être l'indication « sur sa demande » signifie-t-elle plutôt que les patients n'ont pas souhaité voir le diagnostic de leur maladie inscrit sur le registre : avortement clandestin⁹ ? tuberculose¹⁰ ? maladie vénérienne¹¹ ? Cette sous-catégorie ne représente donc pas nécessairement des non-malades.

L'examen de la durée de séjour de ces patients, indique qu'elle ne dépasse pas les cinq jours pour près de la moitié d'entre eux. L'admission est donc occasionnée le plus souvent par des causes relativement bénignes : ainsi, en 1911 à l'Hôtel-Dieu, alors que le taux des causes inconnues dépasse les 13%, on a seulement un taux de mortalité de 1,05% parmi eux, et 56,6% d'entre eux reste moins de cinq jours. On peut donc en déduire que ces patients entrés à leur demande ne sont pas pour la plus grande part, sévèrement atteints.

Parmi les causes inconnues, nombre d'individus sont présents car ils accompagnent un malade : les mères allaitant encore leur enfant malade, de même que les nourrissons non-sevrés, dont les mères indisposées ne peuvent se séparer, font partie de ce groupe.

En somme, l'étude des « maladies inconnues ou nulles » souligne une fois encore que la grande majorité des individus qui sont admis à l'hôpital, le sont pour des causes médicales avérées. D'ailleurs, les 4/5^e des hospitalisés sont toujours des malades.

⁹ Voir LE NAOUR J-Y & VALENTI C., *Histoire de l'avortement XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Éd. du Seuil, 2003.

¹⁰ Voir sur cet aspect BARDET J-P., BOURDELAIS P., GUILLAUME P., LEBRUN F., QUETEL C. (dir), *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Fayard, 1988, notamment la contribution de Jean-Noël Biraben « La dissimulation des causes de décès », pp. 182-196, à propos de la sous-estimation du nombre de cas de tuberculose dans les premières années du XX^e siècle.

¹¹ Voir CORBIN A., « Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale » in *L'haleine des faubourgs. Ville, habitat et santé au XIX^e siècle*, textes réunis par MURARD L. ET ZYLBERMAN P., *Recherches*, n°29, Fontenay-sous-Bois, décembre 1977, pp. 245-283.

1.2. *Maladies générales, maladies locales et faux-semblants de la classification*

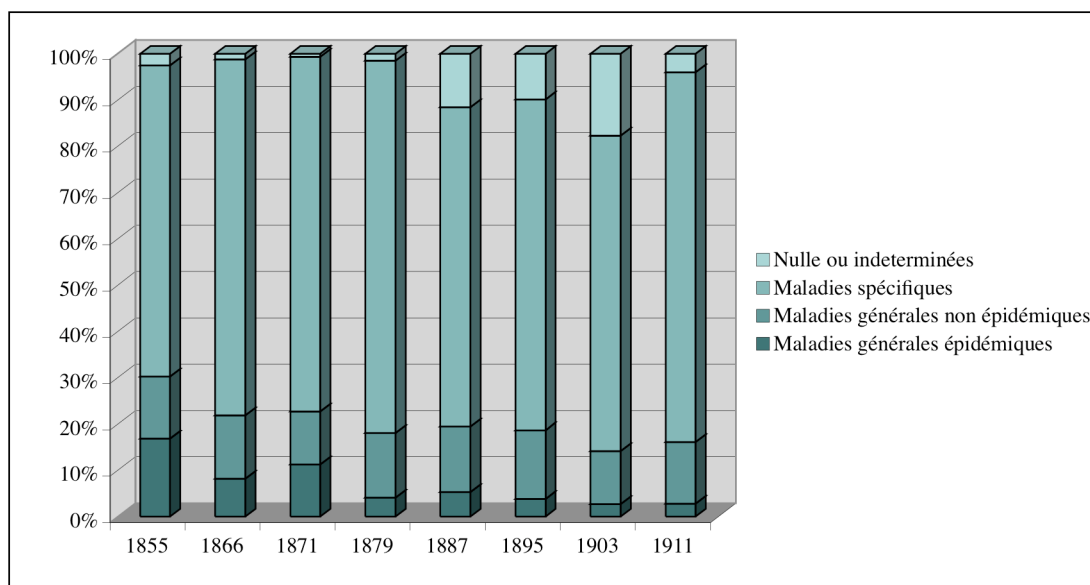
Les maladies qui président à l'hospitalisation sont identifiées à l'arrivée du malade dans 85 à 90% des cas et reportées dans les registres. Leur répartition par grandes catégories selon les années et les hôpitaux est la suivante. Les maladies générales sont nettement moins nombreuses que les maladies spécifiques, constamment majoritaires au sein des diagnostics des entrants à l'hôpital. Évidemment, la mention du diagnostic à l'entrée n'est pas exempte d'erreurs, d'omissions. Il est vraisemblable que le médecin, en raison du peu de temps qu'il consacre à chaque patient par suite de l'afflux d'individus se présentant aux consultations, est enclin à se prononcer rapidement et à se concentrer sur les symptômes les plus évidents. En conséquence, il est sans doute amené à identifier l'organe atteint et reporter ainsi le diagnostic d'une maladie spécifique, sans forcément remonter à la maladie plus générale dont l'affection découle. Ainsi par exemple de nombreuses affections considérées comme spécifiques d'après la nomenclature comme le tabès¹² sont en réalité une manifestation de la syphilis. De la même manière, nombre d'affections scrofuleuses¹³, entrant dans la nomenclature comme maladies spécifiques, ne sont que des manifestations dermatologiques dérivant de maladies générales vraisemblablement plus graves, la tuberculose le plus souvent, et qui était reconnue comme telle par la médecine du XIX^e siècle puisque le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* indique « la tuberculose est certainement une des terminaisons les plus communes de la scrofule ; c'est

¹² « État pathologique résultant des lésions nerveuses dégénératives de la syphilis tardive, témoignant de l'atteinte des racines postérieures de la moelle et des cordons postérieurs par le tréponème et entraînant une ataxie statique et dynamique, une hypotonie musculaire globale, une aréflexie ostéotendineuse, des douleurs fulgurantes souvent associées à des crises viscérales (gastriques en particulier) et à des troubles trophiques. », *Dictionnaire de médecine*, Paris, Flammarion, 1975, p. 704.

¹³ À la définition de scrofuloderme, on trouve « classiquement, gomme tuberculeuse qui atteint principalement l'enfant (...) », *Dictionnaire de médecine, op. cit.*, p. 664. La gomme est « une lésion inflammatoire subaiguë de l'hypoderme, circonscrite, évoluant vers le ramollissement et l'ulcération. De nature infectieuse, elle est due essentiellement à la tuberculose, à la syphilis, aux mycoses et aux infections à cocci », *Dictionnaire de médecine, op. cit.*, p. 334.

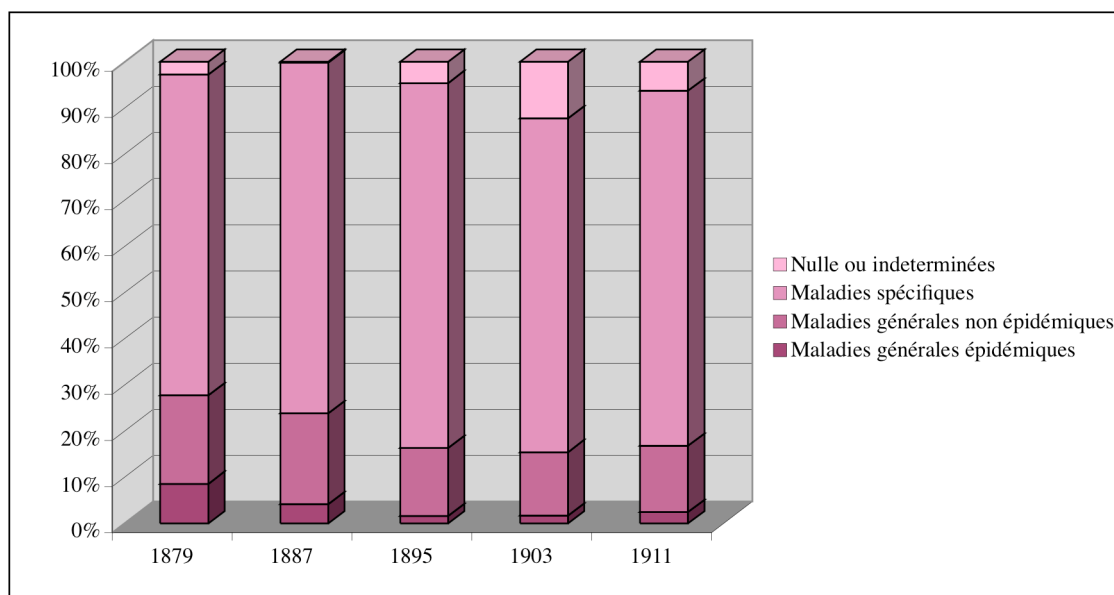
même la grande fréquence de cette complication ultime qui peut à la rigueur justifier la désignation de *diathèse secondaire* que certains auteurs ont appliqué à la tuberculose »¹⁴. On peut aussi déceler, dans cette requalification en maladies spécifiques d'affections plus graves, une crainte du médecin comme du patient devant l'énoncé d'une maladie dont le pronostic vital est la mort à plus ou moins courte échéance. Ainsi une part non négligeable des malades, mais très difficile à évaluer, est diagnostiquée en affections spécifiques alors qu'ils relèvent davantage des maladies générales.

Graphique 2.
Répartition des catégories de maladies
à Lariboisière entre 1855 et 1911

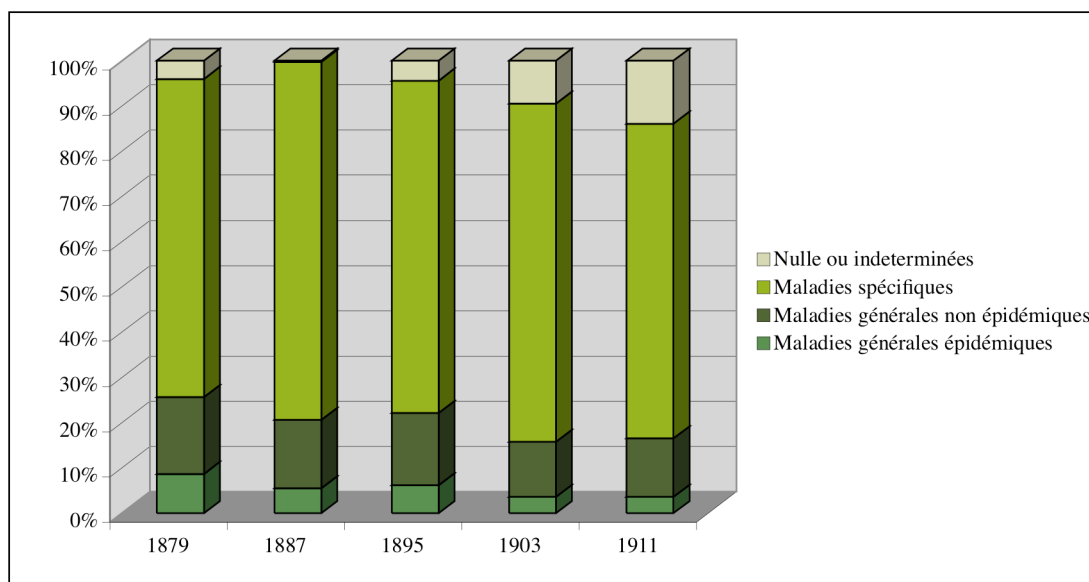


¹⁴ *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, Baillière et Fils, 1882, t. XXII, p. 712. L'article *scrofule* mentionne également que «le moyen âge transforma le mot de *scrophules* en celui d'*écrouelles*, et aujourd'hui encore cette dernière expression est souvent usitée dans le langage vulgaire », *ibid.*, p. 710.

Graphique 3.
Répartition des catégories de maladies
à Tenon entre 1879 et 1911



Graphique 4.
Répartition des catégories de maladies
à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911



L'évolution concernant les grandes catégories de maladies (graphiques 2 à 4) n'est pas fondamentalement différente d'un hôpital à un autre. Tout d'abord

il est notable de constater la diminution régulière et vérifiable dans les trois hôpitaux des maladies générales épidémiques¹⁵. Les grandes épidémies ne tuent plus à Paris à fin du XIX^e siècle. Certes, le typhus ou la fièvre typhoïde connaissent des pointes selon les années, mais ces maladies sont assez irrégulières et ne touchent finalement qu'une faible part des malades hospitalisés. Encore faut-il être relativement prudent dans l'interprétation de ces évolutions, la nomenclature montrant une nouvelle fois ses limites. En effet, la tuberculose, mais aussi la syphilis sont rangées dans la catégorie « autres maladies générales » et ne sont pas, dans la nomenclature de 1891, considérées comme des maladies contagieuses ou épidémiques. Là encore, l'ignorance ou la méconnaissance sur les vecteurs de transmission sont les principales explications de cette catégorisation et éclairent la sous-estimation manifeste des maladies générales épidémiques. Certes le bacille de la tuberculose a été découvert par Koch dès 1882, mais la maladie¹⁶ comporte encore beaucoup d'inconnues jusqu'à la découverte de la pénicilline durant l'entre-deux-guerres et surtout sa mise en application¹⁷ dans les années de l'immédiat après-guerre. Quant au tréponème pâle, le germe agent de la syphilis vénérienne, il est mis en évidence en 1905 par Schaudinn et Hoffmann, mais les moyens de soigner et de prévenir la maladie sont encore balbutiants¹⁸.

L'observation attentive de la répartition des maladies spécifiques (tableaux 1 à 3) souligne la similitude entre les trois hôpitaux. Les catégories les plus représentées sont les maladies respiratoires, les accouchements et les

¹⁵ Voir à ce sujet BOURDELAIS P., *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*, Paris, Éd. de La Martinière, 2001, p. 137 et suiv.

¹⁶ Voir DESSERTINE D., FAURE O., *Combattre la tuberculose*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988, notamment p. 45 et suiv.

¹⁷ La streptomycine est testée dès 1947 à l'hôpital Percy. Voir GUILLAUME P., *Du désespoir au salut (...)*, *op. cit.*, p. 310 et suiv.

¹⁸ « (...) les recherches biologiques, pourtant importantes, ont un faible retentissement. Ni la découverte du tréponème par Schaudinn (1905), ni la mise au point du séro-diagnostic par le procédé Bordet-Wassermann (1896), ni la méthode d'atténuation de Metchnikoff ne pèsent très lourd face aux conseils de morale prodigués (...) », FAURE O., *Histoire sociale de la médecine XVIII^e-XX^e siècles*, Paris, Anthropos-Historique, 1994, p. 204.

Voir également QUETEL C., *Le Mal de Naples : histoire de la syphilis*, Paris, Seghers, 1986.

naissances¹⁹, du moins pour Lariboisière et Tenon, ces deux dernières causes n'étant d'ailleurs pas des maladies.

L'Hôtel-Dieu se distingue quelque peu en offrant une proportion importante de maladies du système nerveux et des organes des sens, puis respiratoires et enfin des organes génito-urinaires. On a déjà remarqué que les accouchements sont pratiqués dans l'Hôtel-Dieu Annexe situé rue de la Bûcherie, sur la rive gauche de la Seine, et que cet établissement possède ses propres registres, distincts de ceux du nouvel Hôtel-Dieu. Il n'est donc pas étonnant que les accouchements pratiqués y figurent en nombre plus restreint qu'à Tenon et à Lariboisière, dotés d'un service d'accouchement à part entière. Les 3% d'accouchements en moyenne sur les années considérées signifient simplement que l'Hôtel-Dieu accueillent les parturientes en urgence lorsque l'Annexe est surchargée.

La plus forte catégorie représentée à l'Hôtel-Dieu est celle des maladies nerveuses et des organes des sens (12,56% en moyenne entre 1879 et 1911). Or, celle-ci ne concerne qu'un peu plus de 5% des patients pour les deux autres hôpitaux. Cette particularité s'explique en partie par l'existence, dans cet hôpital, d'un service d'ophtalmologie très réputé, qui le fait rechercher par les patients atteints d'affections oculaires, ou bien par le Bureau central préférant diriger en priorité ce type de cas sur l'Hôtel-Dieu. Le professeur Photimos Panas²⁰ (1832-1903) qui dirige depuis 1879 la nouvelle chaire de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, et pratique en outre un cours de clinique annexe des maladies des yeux entre 1897 et 1900, a certainement beaucoup œuvré pour cette réputation d'excellence. Les opérations de la cataracte²¹ sont de plus en plus couramment pratiquées. De plus, les blépharites, iritis, ectropions, conjonctivites, ulcérations de la cornée et même strabismes sont des

¹⁹ Rappelons qu'une naissance occasionne au moins deux mentions, la mère portée sur le registre pour « accouchement », et l'enfant, porté sur le registre pour « naissance ».

²⁰ HUGUET F., *Les professeurs de la faculté de médecine de Paris. Dictionnaire biographique 1794-1939*, Paris, INRP, Éd. du CNRS, 1991, p. 350-352.

²¹ La première opération de la cataracte est due au chirurgien Daviel, chirurgien de Louis XV en 1745.

causes fréquentes d'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu et représentent plus de la moitié des maladies nerveuses et des organes des sens notamment en 1879 (56,73%). Tout cela est bien la preuve qu'on va à l'Hôtel-Dieu pour se faire soigner, en espérant profiter d'une bonne qualité de soins et suggère une intéressante renommée de certains services.

Tableau 2. Répartition des catégories de maladies à Tenon entre 1879 et 1911

	TENON				
	1879	1887	1895	1903	1911
Maladies locales dont :	69,57%	63,53%	75,70%	72,32%	75,21%
Maladies du système nerveux	7,13%	3,90%	5,82%	4,75%	4,69%
Maladies des organes de circulation	4,07%	4,17%	4,28%	3,34%	3,38%
Maladies de l'appareil respiratoire	13,69%	16,59%	15,13%	13,84%	16,46%
Maladies des organes de digestion	8,03%	6,57%	8,43%	10,26%	6,92%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6,22%	6,57%	7,70%	9,09%	11,16%
Naissances, grossesses, accouchements	9,05%	9,85%	16,93%	15,31%	16,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	8,14%	4,61%	7,43%	5,75%	6,56%
Maladies des os et des articulations	10,52%	8,52%	7,36%	9,38%	6,71%
Maladies des âges extrêmes	0,79%	0,35%	0,20%	0,35%	1,16%
Crimes, suicides, accidents	1,92%	2,40%	2,41%	0,23%	2,17%
Maladies générales	27,71%	19,96%	15,66%	15,43%	16,46%
Nullés ou illisibles	2,71%	16,24%	8,63%	12,26%	8,33%
Total des hospitalisés	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau 3. Répartition des catégories de maladies à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911

HÔTEL-DIEU		1879	1887	1895	1903	1911
Maladies locales dont :		70,34%	78,64%	73,48%	74,73%	69,57%
Maladies du système nerveux		13,08%	12,53%	10,67%	16,16%	10,35%
Maladies des organes de circulation		1,81%	5,13%	5,48%	5,00%	3,90%
Maladies de l'appareil respiratoire		9,97%	9,55%	13,36%	12,05%	13,76%
Maladies des organes de digestion		12,18%	10,02%	9,07%	9,60%	9,93%
Maladies de l'appareil génito-urinaire		8,81%	10,98%	13,86%	11,75%	10,50%
Naissances, grossesses, accouchements		5,83%	5,01%	2,59%	1,08%	0,50%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire		7,25%	8,47%	4,89%	5,58%	6,81%
Maladies des os et des articulations		9,33%	10,98%	6,28%	11,17%	11,77%
Maladies des âges extrêmes		0,65%	0,48%	1,10%	0,88%	0,50%
Crimes, suicides, accidents		1,42%	5,49%	6,18%	1,47%	1,56%
Maladies générales		25,65%	20,53%	39,28%	15,77%	16,52%
Nullés ou illisibles		4,02%	0,84%	4,39%	9,50%	13,90%
Total des hospitalisés		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

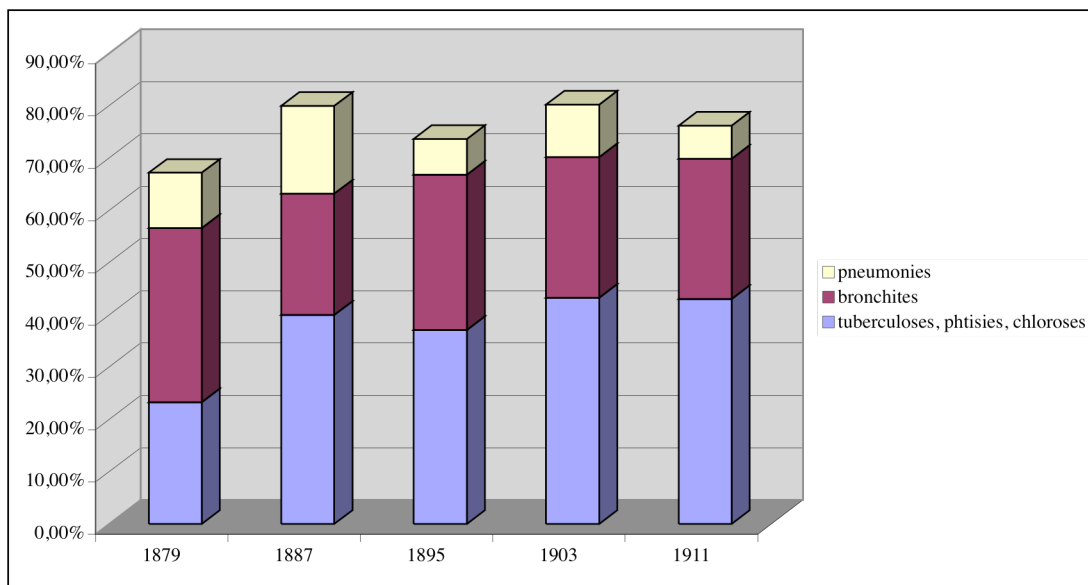
1.3. *Le poids des maladies respiratoires.*

Hormis l'exception de l'Hôtel-Dieu, les maladies respiratoires arrivent donc en tête des causes d'hospitalisation : 11,57% en moyenne des hospitalisations sur l'ensemble des années pour Lariboisière, 15,14% pour Tenon, et 11,74% pour l'Hôtel-Dieu. Ces chiffres peuvent sembler faibles. En réalité, cette catégorie est toujours au premier rang²² des causes d'hospitalisation sur la période. Si on ajoute tous les cas de tuberculoses, phtisies et chloroses qui sont comptabilisés dans les maladies générales, mais qui impliquent des malades eux-aussi atteints des voies respiratoires, cela signifie qu'environ un cinquième²³ des patients hospitalisés, le sont pour des raisons respiratoires. À l'intérieur de ce nouvel ensemble, les maladies les plus courantes sont la bronchite d'une part, la tuberculose, la phtisie et la chlorose que l'on n'a pas distingué ensuite, et enfin la pneumonie. Ces trois types de maladies représentent de 70 à 85% des affections de l'appareil respiratoire comme le montre les graphiques 5 à 7.

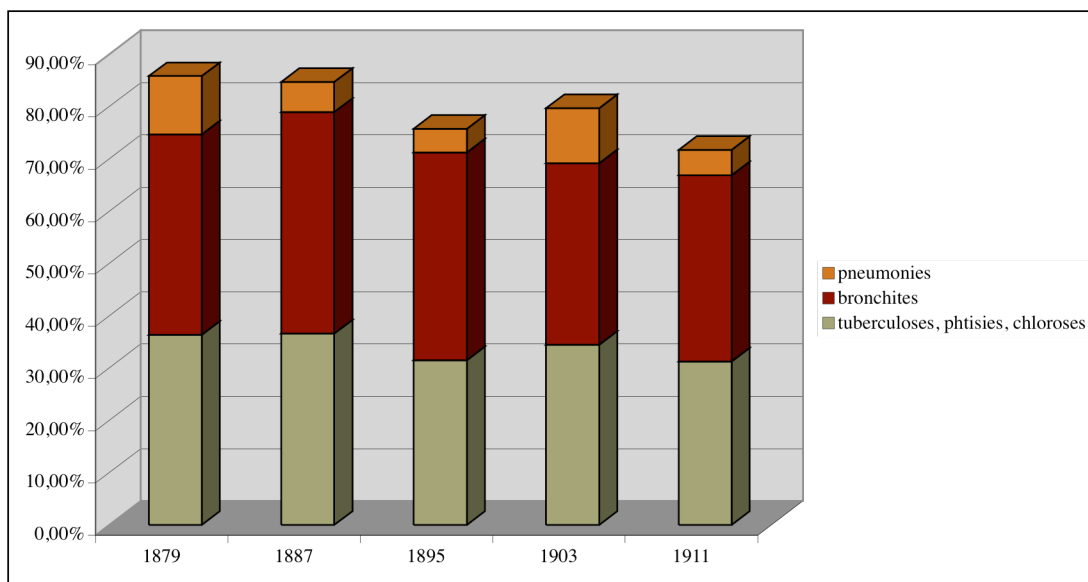
²² Pour Lariboisière, c'est la première cause en moyenne sur la période 1855-1911, si on excepte la catégorie « naissances, grossesses, accouchements ». Pour Tenon et l'Hôtel-Dieu il s'agit également la première cause d'hospitalisation sur la période 1879-1911.

²³ À Lariboisière par exemple, on obtient en ajoutant les tuberculeux aux autres affections respiratoires des pourcentages allant de 15,68% en 1903 à 25,01% en 1887 des malades hospitalisés – sans compter les affections illisibles ou inconnues – . A Tenon les chiffres sont encore plus élevés avec ces pourcentages de l'ordre de 22,74% en 1895 à 28,03% des malades hospitalisés en 1887, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, les proportions vont de 17,01% en 1887 à 20,76% en 1895.

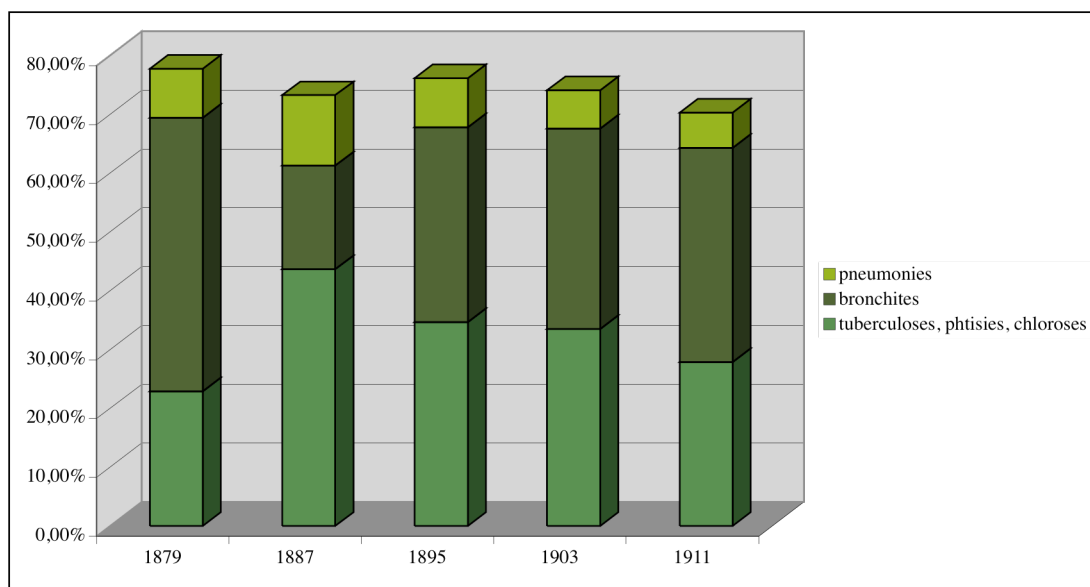
Graphique 5.
Le poids de la tuberculose, des bronchites et des pneumonies dans les affections respiratoires à Lariboisière entre 1879 et 1911



Graphique 6.
Le poids de la tuberculose, des bronchites et des pneumonies dans les affections respiratoires à Tenon entre 1879 et 1911



Graphique 7.
Le poids de la tuberculose, des bronchites et des pneumonies
dans les affections respiratoires à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911



Le poids sans surprise de la tuberculose (la phtisie et la chlorose ne sont que des appellations différentes du même mal) au sein des maladies respiratoires s'explique aisément dans une société urbaine qui ne connaît pas encore les antibiotiques et où les facteurs de contagion sont multiples. Certes, on sait de mieux en mieux identifier le mal, en particulier grâce aux procédés de cuti-réaction et aux rayons X découverts en 1895 par Röntgen, mais sa guérison n'est pas à l'ordre du jour avant l'entre-deux-guerres. Du reste, la fin du siècle voit le regard des médecins et des hommes politiques changer sur la tuberculose, dont la dénomination s'impose désormais aux dépens de la phtisie. Considérée désormais comme un fléau social, son atténuation passe essentiellement par une active politique de prévention censée atténuer ses ravages :

« (...) faute de guérir, du moins peut-on essayer de prévenir, en détruisant les taudis, en combattant l'alcoolisme et autres vices

populaires, peut-être même, suggèrent les plus hardis, en aménageant les conditions de travail et en élevant les salaires. »²⁴

C'est ce qui explique, hormis la construction de luxueux *sanatoria* réservés aux catégories les plus aisées, l'organisation de campagnes de prévention à l'intention des populations les plus pauvres. La multiplication des enquêtes sur les conditions de logement afin de repérer les îlots insalubres est un autre indice de cette nouvelle attention des autorités à circonscrire le mal. En 1908, Léon et Maurice Bonneff attirent l'attention du public en publiant un ouvrage²⁵ sur les risques professionnels et dans lequel ils insistent sur le danger représenté par les maladies respiratoires. L'insalubrité et la poussière des ateliers et des manufactures, comme de bien des garnis²⁶ qui constituent le quotidien des nombreux travailleurs sont des facteurs propices au développement des maladies respiratoires. À ces mauvaises conditions liées à l'activité, le surmenage physique, une nourriture souvent insuffisante et l'entassement dans des logements exigus, humides et insuffisamment isolés prédisposent encore les classes populaires à des affections respiratoires particulièrement répandues dans les quartiers ouvriers de la capitale.

Ainsi le constat de l'importance des affections respiratoires à l'hôpital, et parmi elles des plus typiques de conditions de travail et de logement difficiles plaident en faveur du classement de ces maladies respiratoires au sein des

²⁴ GUILLAUME, P., *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*, Paris, Aubier, collection historique, 1986, p. 6.

²⁵ « Monsieur le professeur Brouardel a démontré pour Paris cette progression de la tuberculose, au fur et à mesure que diminuent les ressources des individus. Quand les revenus d'un ménage ne lui permettent qu'un logement d'une pièce, la mortalité est de 164 pour mille. Pour un deux pièces la mortalité tombe à 22 pour mille. Elle descend à 7,4 pour mille quand l'appartement comprend 4 pièces. Dès que s'aristocratisent les quartiers de Paris, la tuberculose recule. Pour 104 tuberculeux fixés dans l'arrondissement ouvrier de Plaisance, il s'en trouve 11 aux Champs-Élysées qu'habite une population riche. » BONNEFF Léon & Maurice, *La vie tragique des travailleurs. Enquête sur la condition économique et morale des ouvriers et ouvrières d'industrie*, Paris, Rouff & Cie, 1908, p. 14.

Ils avaient déjà publié un petit ouvrage en 1900 sur le même thème. BONNEFF Léon & Maurice, *Les métiers qui tuent*, Paris, Bibliographie sociale, 1900.

²⁶ À ce sujet on peut signaler la récente étude d'Alain FAURE & Claire LEVY-VROELANT, *Une chambre en ville : hôtels meublés et garnis de Paris 1860-1990*, Paris, Créaphis, 2007.

maladies populaires.²⁷ L'hôpital a bien un rôle social dans l'accompagnement et le soulagement de ces maladies, pas nécessairement liées à un grand dénuement, mais dans lesquelles on lit les difficultés de la vie professionnelle et des conditions de logement dans la grande ville.

L'examen des autres maladies spécifiques montre une part non négligeable de maladies provoquées par un effort physique important, ou par un accident dans le cadre d'une activité professionnelle. C'est ainsi que les catégories « maladies des os et des articulations » – parmi lesquelles un grand nombre d'arthrites, de fractures et de luxations – et « accidents » répondent en grande partie à ces critères, auxquelles il faut ajouter les rhumatismes²⁸, bien souvent le résultat d'un effort physique prolongé. L'usure des corps²⁹ est nettement visible par le nombre de ces affections qui touchent, selon les années et les hôpitaux, entre 8 et 12% des malades admis. Dans cet ensemble, les rhumatismes (38,31% des maladies générales en moyenne à Lariboisière entre 1879 et 1911) et les fractures (25,85% des maladies des os et des articulations et des accidents réunis en moyenne à Lariboisière entre 1879 et 1911) sont les plus souvent rencontrées.

L'origine professionnelle des maladies classées parmi les maladies du système nerveux et des organes des sens, des organes de la circulation, des organes de la digestion, des organes génito-urinaires, des maladies de peau et du tissu cellulaire est moins facilement identifiable. Cependant, les cas d'infections de l'œil - dont on a remarqué le grand nombre à l'Hôtel-Dieu - liés à la présence de poussières, et de certaines brûlures et intoxications occasionnées par des inhalations de produits dangereux pour l'organisme (brûlures liées à la chaux, anthrax ou maladie du charbon occasionné par un

²⁷ JACQUEMET, G. « Les maladies populaires à Paris, » in *L'haleine des faubourgs. Ville, habitat et santé au XIX^e siècle*, textes réunis par MURARD L. ET ZYLBERMAN P., *Recherches*, n°29, Fontenay-sous-Bois, décembre 1977, pp. 349-364. Voir également pour la vision contemporaine d'un médecin attentif à la question sociale, cité du reste par Gérard Jacquemet, Dr RENON Louis, *Les maladies populaires. Maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose. Leçons faites à la Faculté de médecine de Paris*, Paris, Masson, 2^e édition, 1907.

²⁸ Classée comme « autre maladie générale » et non comme maladie spécifique.

²⁹ Voir l'article d'Alain COTTEREAU « Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières en France, au XIX^e siècle », *Le Mouvement social*, juillet-septembre 1983, pp. 71-112.

contact avec des ovins ou de la laine....) sont manifestement à mettre en rapport avec des activités professionnelles usantes. La difficulté posée par le diagnostic porté dans les registres réside dans le fait que les conditions dans lesquelles ces affections sont contractées ne sont pas précisées. Il est donc périlleux d'avancer un chiffre en la matière.

Le faible nombre de cas d'alcoolisme³⁰, de *delirium tremens*³¹ ou de syphilis avérés peut surprendre alors qu'on les identifie très souvent à des fléaux pour les classes populaires³² : en réalité ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, il est probable qu'un grand nombre d'alcooliques et de syphilitiques n'apparaissent pas dans les registres parce qu'ils ont été hospitalisés pour une infection toute autre, celle-ci découlant de la première maladie. Ainsi la cirrhose, la néphrite sont bien souvent le résultat de l'alcoolisme³³.

³⁰ C'est à partir du milieu du XIX^e siècle que l'alcoolisme est interprété comme une pathologie médicale sous l'égide des travaux du physicien suédois Magnus Huss, couronnés par l'Académie française. On peut rappeler que les évaluations soulignent la hausse de la consommation des quantités d'alcool, notamment d'alcool distillé, dans les années 1890. « Les années 1890 ont connu le taux le plus fort – jamais inférieur à quatre litres [par an et] par personne – de consommation d'alcool distillé de toute l'histoire du pays et la période qui va de 1880 à 1914 atteint des chiffres plus élevés que toute autre époque similaire » Voir MARRUS M. R., « Social drinking in the Belle Epoque » in *Journal of Social History*, Vol. 7, n°2, Hiver 1974, traduit in *L'haleine des faubourgs. Ville, habitat et santé au XIX^e siècle (...)*, op. cit., sous le titre « L'alcoolisme social à la Belle Epoque », p. 297.

³¹ « Malgré l'accent mis par Huss sur le caractère chronique de la maladie alcoolique et son refus de la réduire à sa manifestation la plus critique, le *delirium tremens*, et à son issue la plus fréquente, l'internement asilaire, les aliénistes (français en particulier) furent les premiers à investir ce nouveau domaine médical. » in BERLIVET L., « Les démographes et l'alcoolisme. Du 'fléau social' au 'risque de santé' », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire, Dossier L'argument démographique*, n°95, juillet-septembre 2007, p. 93.

³² Dr RENON Louis, *Les maladies populaires (...)* op. cit., p. 3. Il définit les maladies populaires comme « les maladies aiguës et chroniques, contagieuses et épidémiques ou répandues qui touchent le peuple. Ce sont les maladies qui résultent de l'encombrement des mauvaises habitudes d'hygiène, des habitudes malsaines développées dans la masse du peuple ; telles la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis, ces trois fléaux de l'heure actuelle. »

³³ Sur ces questions voir également ARIES P., *Histoire des populations françaises et leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris, 1971, p. 340 et suiv., ainsi que NOURRISSON D., *Le buveur du XIX^e siècle*, Paris, Albin Michel, 1990, et NOURRISSON D., « Tuberculose et alcoolisme » in BARDET J-P., BOURDELAIS P., GUILLAUME P., LEBRUN F., QUETEL C. (dir), *Peurs et terreurs face à la contagion (...)*, op. cit., pp. 197-215. Sur un aspect plus spécifique LALOUETTE J., « Le discours bourgeois sur les débits de boisson aux alentours de 1900 » in *L'haleine des faubourgs. Ville, habitat et santé au XIX^e siècle (...)*, op. cit., pp. 315-347.

La maternité et ses suites³⁴ sont également pour Tenon et Lariboisière une cause importante de l'hospitalisation, et qui connaît une augmentation nettement perceptible au cours de la période. On vient davantage accoucher à l'hôpital malgré les risques encore importants de contracter une infection puerpérale.³⁵ Pour le seul hôpital Lariboisière, en 1855 – première année de fonctionnement de l'établissement –, seulement 12,9% des femmes hospitalisées âgées de 15 à 50 ans, sont entrées pour un accouchement, pour des suites de couches ou une grossesse. Elles sont plus de 31,55 % à l'être pour ces mêmes causes en 1911, un peu plus de la moitié d'entre elles étant mariées, à la différence de 1855, où près des deux tiers étaient célibataires. Il est assez surprenant de constater que dès la fin du siècle et les chiffres sont assez similaires pour Tenon, on n'hésite pas à venir accoucher dans un service hospitalier à une époque où la norme demeure encore largement l'accouchement chez soi. Ces chiffres plaident en faveur d'une médicalisation de la société, pour un acte largement considéré comme naturel. L'étude des registres de la Maternité de l'Hôtel-Dieu (l'Hôtel-Dieu Annexe situé rue de la Bûcherie) se révélerait certainement fort utile dans cette perspective.

En somme, l'hôpital reçoit désormais des malades plutôt que des miséreux et l'observation des maladies révèle des maux assez typiques de la population qui les fréquente. Ce sont des maladies populaires, dont la cause est à rechercher dans les conditions de vie et de travail des malades. Malgré un retour du choléra en 1884 et le poids indéniable de la tuberculose, les grandes épidémies qui inquiétaient fort les médecins du début du siècle sont écartées et ne représentent plus qu'une faible part des malades hospitalisés à la fin du XIX^e siècle. La fonction de l'hôpital est bien de soigner, dans la mesure des progrès de la médecine. Il cesse alors d'être un mouvoir.

³⁴ ROLLET C., *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 2001.

³⁵ BEAUVALET-BOUTOUYRIE S., *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

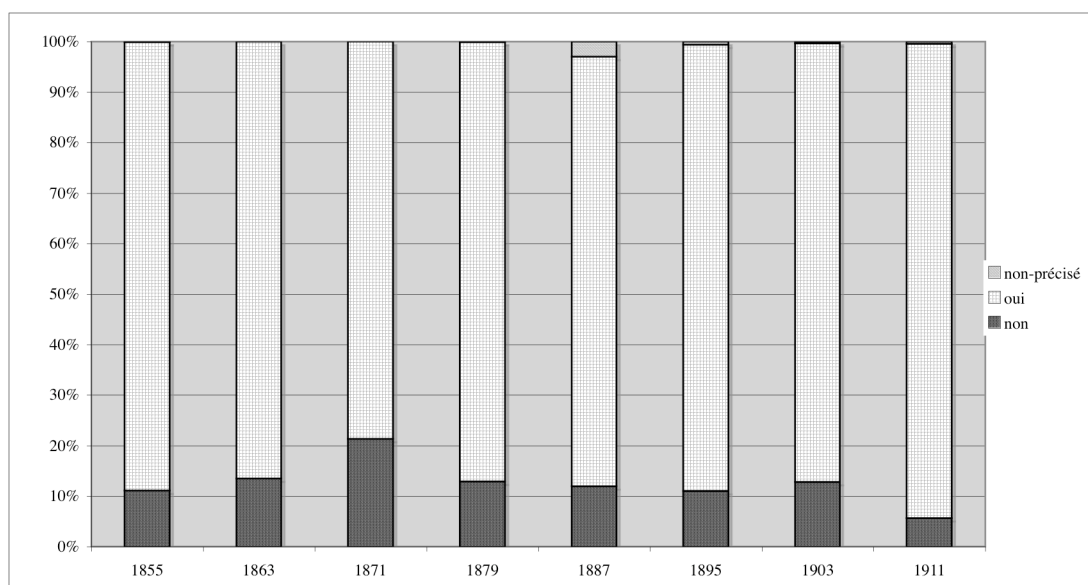
2. La fin de l'hôpital-mouroir ?

Examiner les fonctions hospitalières suppose d'évaluer la capacité de l'hôpital à guérir les populations hospitalisées. Mesurer ce succès est en effet un moyen de vérifier la validité de la révolution en marche à l'hôpital : de moins en moins considéré comme un mouroir, dans lequel on se rend en dernière extrémité, il serait le lieu de la guérison et du soulagement avant d'être celui de la souffrance et de la mort. Si l'étude des maladies contenues dans les registres n'apporte que peu de réponse à cette question, dans la mesure où une même maladie peut renvoyer à des degrés de gravité bien différents en fonction de son avancement, de l'état et de l'âge du patient, ou de complications éventuelles, en revanche la durée du séjour et du nombre de décès se révèlent plus exploitables.

2.1. Un taux de décès assez faible.

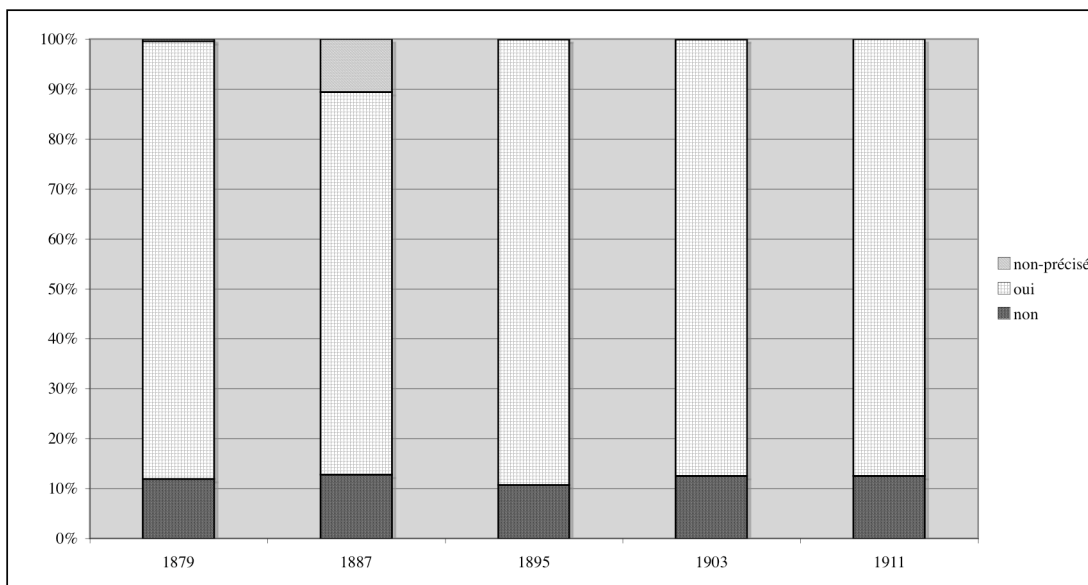
Le taux de décès est en effet un bon indicateur de la gravité des maladies qui conduisent à l'hôpital.

Graphique 8.
Taux de décès à Lariboisière entre 1855 et 1911



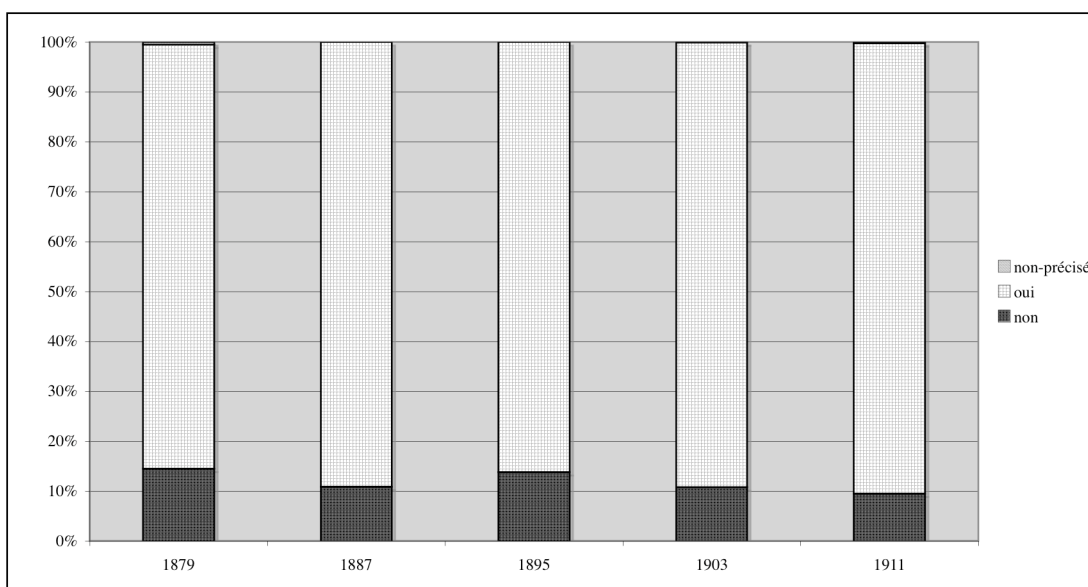
« Oui » indique le décès, « non » la sortie du malade vivant, « non-précisé » que la date de sortie ou de décès ne sont pas remplis.

Graphique 9.
Taux de décès à Tenon entre 1879 et 1911



NB : Le taux, relativement important de « non-précisés » à Tenon en 1887 s'explique par le mauvais état du registre, qui comporte comme on l'a déjà signalé, un certain nombre de pages déchirées. Par ailleurs, il se trouve que pour cette année-là, un nombre exceptionnel de malades n'a pas été l'objet de renseignements complets sans qu'on puisse se l'expliquer.

Graphique 10.
Taux de décès à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911



Un premier aperçu des taux de décès montre bien que l'hôpital est beaucoup moins un lieu où l'on meurt qu'un lieu de soins d'où l'on ressort vivant : la stabilité remarquable du taux de décès – toujours proche de 10% (graphiques 8 à 10) – est l'élément le plus visible. Il convient de souligner l'exception notable que constitue Lariboisière en 1871, où ce taux dépasse les 20% (21,88%) dans une année exceptionnelle il est vrai, en raison des suites du siège prussien qui a laissé une population parisienne dans un état sanitaire fragilisé (22,51% hospitalisés décèdent en raison de maladies épidémiques parmi lesquelles une forte majorité de fièvre typhoïde et de variole). La Commune se fait également entendre dans les registres d'entrées. Sa violente répression a en effet manifestement entraîné de très nombreux blessés, comme en témoigne la part anormalement élevée d'individus ayant succombé à une blessure par arme à feu ou par un éclat d'obus (5% des décédés). À ces raisons d'ordre général, il est nécessaire d'ajouter, pour mieux comprendre le taux de décès plus élevé cette année-là, que l'hôpital Lariboisière a été le siège d'une résistance des tous derniers instants de la Semaine Sanglante, comme le rappelle le docteur François Guérard, se faisant ainsi l'écho de souvenirs de première main « auxquels nous avons cru accorder une entière créance »³⁶.

³⁶ Il ajoute avec une plume lyrique, mais manifestement hostile aux fédérés que « l'insurrection communaliste vint jeter encore le trouble dans l'hôpital et faire des victimes au milieu même des salles. Aveuglés par le désespoir et la vengeance, les vaincus allaient jusqu'à couvrir d'obus le bâtiment où plus d'un d'entre eux devait trouver des soins et être porté mourant. C'est à partir du 22 mai que Lariboisière commença à souffrir de l'arrivée des troupes.(...) Mais les 23 et 24 mai furent les journées les plus désastreuses. Dès le matin du 23, la position était critique, les troupes de lignes s'étaient emparées de Montmartre et de la gare du Nord, l'hôpital devint un point de mire pour les insurgés retranchés dans les buttes Chaumont. Un obus mit le feu aux combles du bâtiment de l'amphithéâtre, un autre traversa, pendant la visite de l'interne de M. Huchard, une petite salle du rez-de-chaussée et vint, sans éclater, se loger sous un lit. » (...) Il poursuit en insistant sur l'ampleur des bombardements qui devenaient de plus en plus terribles. « Les projectiles pleuvaient sur l'établissement : trois infirmiers furent blessés. Un obus ayant déterminé l'incendie du casier à linge, le mécanicien Robin, qui s'employait pour l'éteindre, fut tué net pas un second obus, dont les éclats atteignirent trois de ses camarades et firent d'énormes dégâts ». Mais personne n'abandonna son service. Il indique en parlant vraisemblablement des blessés que « les derniers fédérés quittèrent l'hôpital le 5 août au nombre de 25 ». Le corps médical se distingua par son infatigable dévouement, plusieurs furent récompensés... », Docteur François GUERARD, *L'hôpital Lariboisière. L'enclos Saint-Lazare*, Paris, Steinheil, 1888, pp. 62-63.

L'histoire des hôpitaux résonne ainsi au rythme des heurts et des révoltes de la capitale.

La comparaison avec les taux de mortalité parisiens de l'époque incite à relativiser ces résultats. La mortalité³⁷ à Paris dans les arrondissements voisins des hôpitaux est logiquement inférieure aux taux observés dans les hôpitaux : de 21 ‰ dans le 3^e arrondissement, 23‰ dans le 4^e, 24‰ dans le 5^e pour les quartiers proches de l'Hôtel-Dieu. Autour de Lariboisière, le 10^e obtient une mortalité de 22‰, mais le 18^e atteint le taux élevé de 28‰. Autour de Tenon enfin les taux sont encore plus impressionnants : 29‰ dans le 19^e et 31‰ dans le 20^e. Certes, le risque de décéder est plus fort lorsqu'on est malade, que lorsque l'on ne l'est pas. Mais ces taux de mortalité dans les arrondissements soulignent l'âpreté des conditions de vie dans la capitale, alors que les taux de décès hospitalier témoignent d'un relatif dynamisme de l'institution. Malgré tout, l'entrée à l'hôpital n'est pas synonyme d'antichambre de la mort et on a de grandes chances de pouvoir en sortir vivant à défaut d'être complètement guéri. Encore faut-il étudier la cause qui précipite la mort.

³⁷ Ces chiffres datent de la période 1881-1885 et proviennent de *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris 1865-1887*, Préfecture de la Seine, Service de la Statistique municipale, Masson, 1889, pp. 38-39.

Rien d'étonnant à ce que la première cause de décès (voir graphique 11) à l'hôpital soit liée aux maladies générales non-épidémiques³⁸, au premier rang desquelles se place la tuberculose puisqu'en moyenne pour ces trois années – 1879, 1895, 1911 – elle est responsable de plus d'un tiers des décès, tous hospitaliers confondus. Parmi les 20-39 ans à Tenon, la tuberculose représente à elle seule 23% des décès, ce qui est conforme avec ce que l'on sait des ravages de cette maladie à la fin du siècle, et qui explique dans une certaine mesure les inquiétudes des autorités et les timides mesures de prévention³⁹ qui commencent à être mise en place au tournant du siècle.

En comparant avec les analyses faites par Jacques Bertillon au Service de statistique municipale pour les années 1865-1887, il est manifeste que la mort par tuberculose est largement surreprésentée à l'hôpital : la phtisie pulmonaire est en effet responsable de 2506⁴⁰ décès pour 100 000 habitants de 20 à 40 ans et demeure la première cause de mortalité pour les 30-45 ans mais avec des taux beaucoup moins importants que ceux observés à l'hôpital.

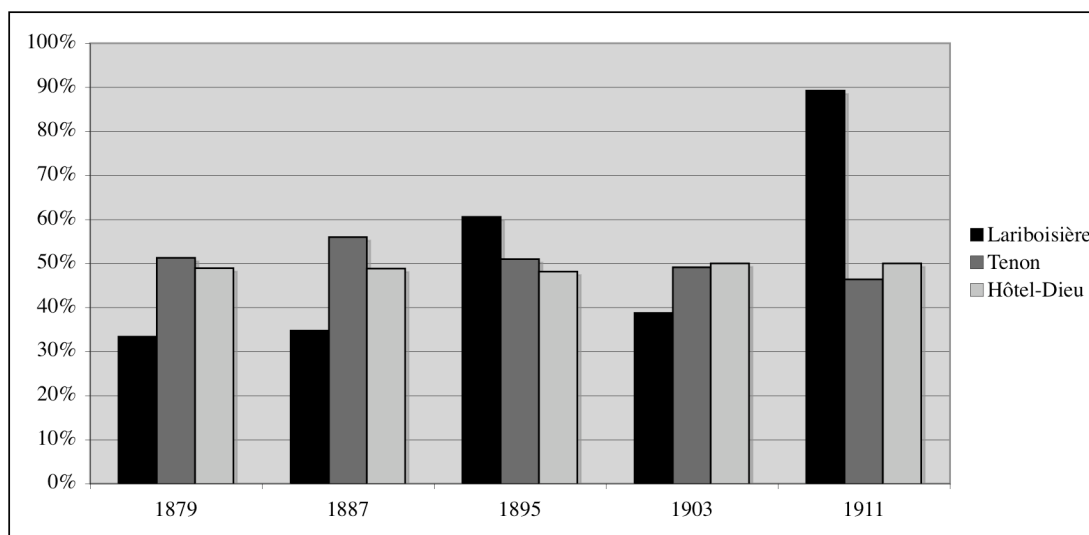
Seulement 10% environ des malades hospitalisés meurent à l'hôpital, mais il faut prêter attention à la maladie dont le pronostic vital est très variable : ainsi près de 40 % des malades de la tuberculose et 30% des malades de pneumonie décèdent à Lariboisière en 1879. Le graphique 12 est du reste assez significatif du poids très important de la pathologie tuberculeuse dans les trois hôpitaux parmi les 20-39 ans. On meurt donc à l'hôpital d'abord de maladies qu'on ne sait pas soigner, signe d'un usage de l'hôpital comme unité de soins palliatifs, pour soulager une pathologie très douloureuse dans ses formes aiguës.

³⁸ Ou autres maladies générales.

³⁹ M. RENNEVILLE, « Politiques de l'hygiène à l'AFAS (1872-1914) » et Y. FIJALKOW « Statistique sanitaire et volontés politiques : le cas parisien au tournant du siècle » in BOURDELAIS P., *Les hygiénistes, enjeux, modèles, pratiques*, Paris, Belin, 2001.

⁴⁰ *Cartogrammes et diagrammes (...) op. cit.*, Masson, 1889, p. 52. Il ajoute que « la phtisie pulmonaire est, dans tous les pays, la cause de la mort la plus active. À Paris, elle est plus rare que dans plusieurs villes autrichiennes, mais plus fréquente qu'à Londres et que dans la plupart des villes étrangères. En France, le Havre est à peu près la seule ville où la phtisie soit plus fréquente qu'à Paris. »

Graphique 12.
Part des décès dus à la tuberculose
dans les hôpitaux parmi les 20-39 ans



En revanche, d'autres maladies, pourtant très présentes à l'hôpital et de plus en plus au cours de la période, n'entraînent jamais la mort. Ainsi en est-il des bronchites, des rhumatismes, des embarras gastriques très souvent rencontrés dans les registres et dont les cas mortels sont exceptionnels ou nuls. Ainsi ne viendrait-on pas seulement à l'hôpital pour y mourir ou y recevoir les derniers soins, mais bien aussi pour se rétablir.

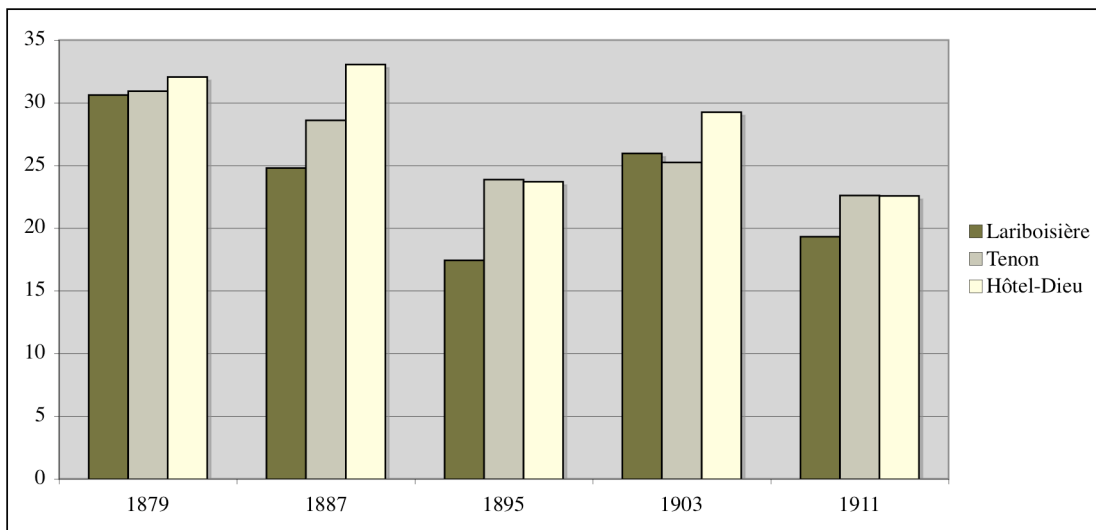
La sortie des patients de l'établissement ne signifie pas pour autant qu'ils sont guéris. En reprenant l'exemple de la tuberculose, il est clair que les patients atteints qui ressortent de l'hôpital sont, quoi qu'il advienne, condamnés à plus ou moins brève échéance. Cela n'est du reste pas uniquement valable pour la tuberculose, mais pourrait aussi bien s'appliquer à tous les diagnostics de cancer en particulier. Il faudrait pouvoir connaître les raisons du départ de ces patients dont la maladie n'est manifestement que soulagée et non supprimée. L'hypothèse de médecins qui souhaitent faire de la place pour de nouveaux patients potentiellement guérissables, est envisageable. Le souhait du malade qui préfère s'en aller pour mourir chez lui auprès des siens, est peut-être une autre piste. Quoi qu'il en soit, la vocation de l'hôpital n'est plus d'accueillir ceux qui vont mourir mais plutôt de les soulager, à défaut de les guérir.

Hormis ces cas graves sur lesquels la mort plane, il convient d'étudier également les autres causes d'hospitalisation, indiquant désormais que l'hôpital est un lieu où l'on se rend par choix et pas uniquement par fatalité.

2.2. Des séjours plus courts

L'étude de la durée des séjours à l'hôpital indique la gravité de la pathologie diagnostiquée à l'entrée. Le calcul de la moyenne des séjours par années montre pour chacun des hôpitaux considérés une diminution assez sensible de la durée du séjour moyen, comme on le voit sur le graphique 13.

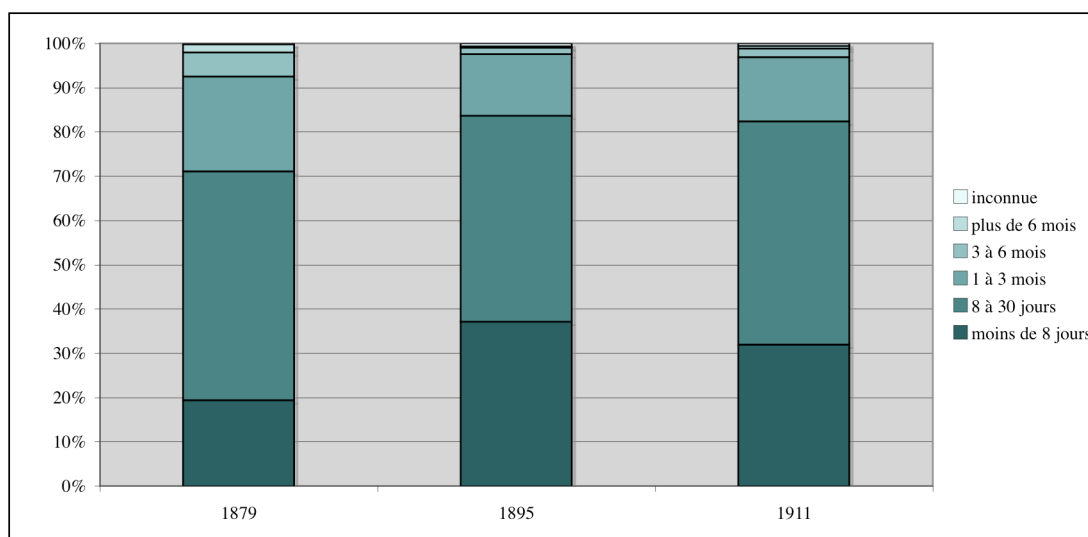
Graphique 13.
Durée moyenne du séjour entre 1879 et 1911 pour Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu, en nombre de jours



Globalement la durée moyenne de séjour a tendance à diminuer au cours de la période. Supérieure à un mois en 1879, elle dépasse à peine les vingt jours en 1911, et est même inférieure à cette valeur pour Lariboisière. En déduire que l'hôpital soigne mieux serait un raccourci bien imprudent, mais on constate néanmoins que l'hôpital n'est plus là pour accueillir pendant des années les « chroniques », contre lesquels pestent les médecins chefs de service car ils mobilisent des lits. Les installations définitives à l'hôpital n'ont plus cours et les séjours de très longue durée deviennent des exceptions.

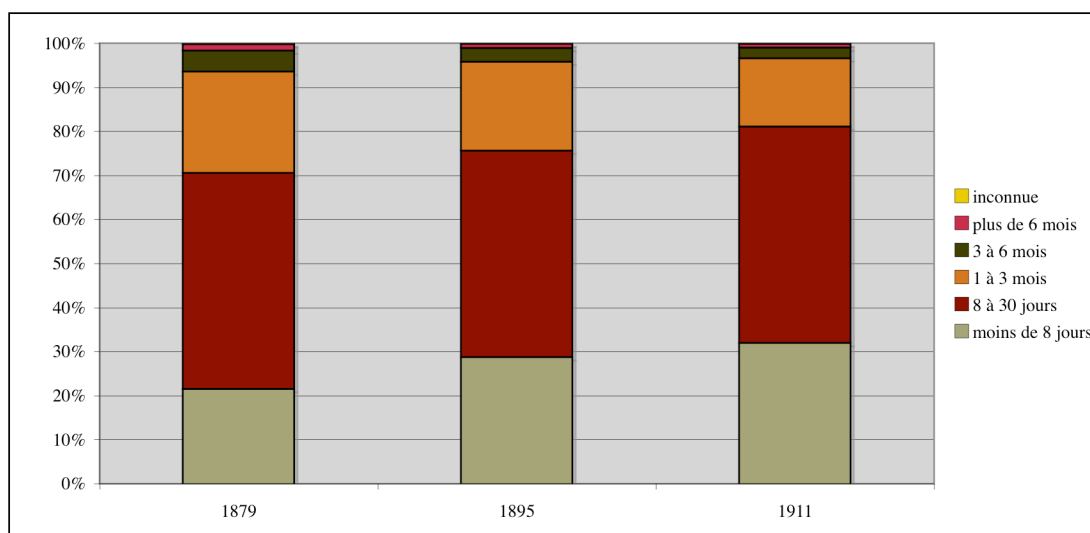
En examinant la ventilation des séjours en fonction de leur durée (graphiques 14 à 16), on constate bien la forte prédominance des séjours de courte ou de moyenne durée⁴¹ alors que les très longs séjours deviennent l'exception : ainsi pour les trois années choisies, 1879, 1895 et 1911, les durées d'hospitalisation n'excèdent que rarement les trois mois, et plus encore les six mois. Les maisons de convalescence (Vincennes, le Vésinet...) et les hospices jouent mieux leur rôle dans l'accueil des malades chroniques, des infirmes et des vieillards. Désormais les médecins souhaitent voir les salles de malades réservées aux « aigus », c'est-à-dire à des affections urgentes pour lesquelles l'hôpital accompagne provisoirement le parcours du malade.

Graphique 14.
Évolution des durées de séjour à
Lariboisière pour 1879, 1895 et 1911

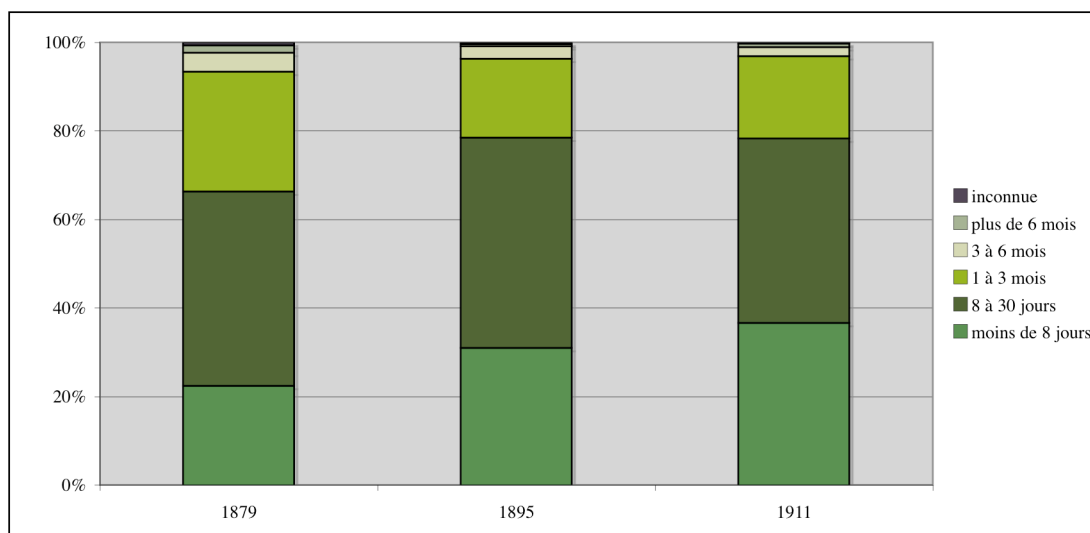


⁴¹ Ces durées de 0 à 8 jours, et de 8 à 30 jours sont considérées comme des durées « courtes » ou « moyennes » au regard des stéréotypes sur l'hôpital. Ainsi Olivier Faure et Dominique Dessertine ont-ils mis en évidence une « image d'efficacité » de l'hôpital de la Charité à Lyon, en montrant notamment que les courts séjours de moins de huit jours y sont plus importants que dans les autres établissements de leur étude. Voir DESSERTINE D., FAURE O., *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise (...) op. cit.*, p. 61.

Graphique 15.
Évolution des durées de séjour à
Tenon pour 1879, 1895 et 1911



Graphique 16.
Évolution des durées de séjour à
l'Hôtel-Dieu pour 1879, 1895 et 1911



La durée du séjour est fonction de l'état médical du malade : à cet égard on peut tenter de mesurer pour certains types de pathologies bien identifiées, la longueur de l'hospitalisation afin de vérifier si celle-ci semble en accord avec la gravité du diagnostic. Dans le cas des fractures notamment, on estime que huit

à dix semaines permettent une bonne consolidation. L'isolement de cette pathologie indique à Tenon comme à Lariboisière que plus de la moitié des malades restent de un à trois mois et près de 80% d'entre eux entre une semaine et trois mois, confirmant une correspondance entre un diagnostic et la durée d'une remise sur pied éventuelle. Au sujet des accouchements, une à deux semaines constituent la majorité des séjours des jeunes mères. L'image d'un hôpital destiné à un séjour temporaire⁴², transitoire afin d'accompagner le patient dans sa maladie ou les suites de ses couches se renforce. Reste que la très grande diversité des maladies rend impossible de vérifier ou de mettre en évidence une quelconque efficacité de l'institution hospitalière. L'idée d'une rationalisation et d'une modernisation de l'hôpital est sans doute plus opérante, impliquant le soin apporté au plus grand nombre, compte tenu de l'état des connaissances médicales. Par ailleurs la diminution de la durée des séjours peut aussi être interprétée, devant l'afflux des demandes, comme une pratique des médecins et de l'administration, souhaitant accélérer la rotation des lits, sans véritablement se préoccuper de la santé du malade ou de sa guérison. Quoiqu'il en soit, la mutation de l'hôpital est à l'œuvre : il devient le lieu des séjours temporaires, affichant le souci de l'accueil d'un service qui doit pouvoir être ouvert à tous. Néanmoins tous les souffrants n'y recourent pas de la même façon.

⁴² Marie-Claude Dinét-Lecomte a également mis en évidence pour la période moderne (les années 1720-1737), que les durées de séjour à l'Hôtel-dieu de Blois au XVIII^e siècle étaient également relativement courtes (80% des hommes restent moins d'un mois), à la différence de l'Hôpital Général dédié aux très longs séjours. Elle a aussi souligné que dès cette époque, le taux de décès de cet établissement était contrairement, aux idées préconçues sur l'époque moderne, assez faible autour de 12,6%. Elle indique néanmoins que cette mortalité est le double dans les grands établissements hospitaliers, en particulier à Paris à la même époque. Voir DINÉT-LECOMTE M-C, « Recherche sur la clientèle hospitalière au XVIII^e et XVIII^e siècles : l'exemple de Blois », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, tome XXXIII, juillet-septembre 1986, pp. 345-373.

B. Les stratégies d'hospitalisation

Il est nécessaire de se pencher sur les déterminations sexuelles, sociales et familiales du recours à l'hôpital. On a déjà mis en évidence en effet, que les hommes et les femmes par exemple, n'ont pas le même recours à l'hôpital. Aussi est-il intéressant d'examiner de manière approfondie les pathologies de ces hommes et de ces femmes hospitalisés, en les croisant avec les autres données des registres d'entrée, leur âge, leur profession, la durée de leur séjour. Dans une ville aussi usante que Paris dans le second XIX^e siècle, la question de savoir si les hommes ne seraient pas plus exposés à l'hospitalisation par des travaux physiques plus éprouvants et au total plus traumatisants pour les corps est tout à fait légitime.⁴³

1. *Hommes et femmes à l'hôpital*

On a déjà vu que les hommes étaient légèrement plus nombreux à fréquenter l'hôpital, puisque quel que soit l'hôpital, ils représentent un peu plus de 50% des malades. Plus nombreux à l'hôpital que dans les quartiers environnants, ils viendraient plus volontiers à l'hôpital que les femmes. Quelles sont les causes qui motivent leur hospitalisation ? Y meurent-ils davantage que les femmes et pour quelles raisons ?

⁴³ Voir à ce sujet le stimulant article d'A. COTTEREAU « Usure au travail, destins masculins et destins féminins (...) », *art. cit.*, dans lequel il souligne les effets différenciés de ce qu'il appelle la « pression productiviste permanente » issue de la révolution industrielle., p. 73

1.1. *Des femmes plus résistantes ou des hommes plus éprouvés ?*

Les hommes et les femmes ne se rendent pas exactement pour les mêmes maladies à l'hôpital. L'examen des grands types de pathologies chez les femmes comme chez les hommes plaide pour des usages différenciés de l'institution hospitalière selon les sexes. Il trahit par ailleurs un état sanitaire moyen manifestement moins favorable aux hommes qu'aux les femmes.

Pour les hommes, les affections respiratoires et la tuberculose sont nettement en tête des diagnostics d'admission : ainsi à Lariboisière et à Tenon entre 1879 et 1911, près d'un tiers des hommes en moyenne le sont pour des maladies respiratoires, et près de 11% en moyenne pour la tuberculose. Les maladies des os et des articulations sont aussi assez fréquentes, trahissant le plus souvent des efforts physiques importants dans le cadre d'une activité professionnelle. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu en 1895 et en 1903, 78% des affections traumatiques (fractures, luxations, résections, lumbago, sciaticques, plaies ouvertes des membres, écrasements) sont masculines. Ces observations se vérifient globalement dans les autres hôpitaux. L'idée que les hommes sont soumis dans leur travail à des efforts plus importants, les conduisant souvent à l'hôpital s'esquisse⁴⁴. Concernant les maladies des os et des articulations, les femmes sont plutôt hospitalisées⁴⁵ pour des contusions et des courbatures, des lumbago, soit pour des affections moins traumatisantes. Reste que la grande majorité des affections typiquement professionnelles, comme notamment les intoxications professionnelles (codées en « accidents ») auxquelles il faut ajouter le saturnisme codé en « autre maladie générale », sont presque systématiquement masculines. Leur part assez faible (de 0,5 à 1% des affections en 1879 et en 1895 à Tenon par exemple) ne permet pas de généraliser sur la

⁴⁴ On ne peut toutefois pas écarter l'éventualité qu'une partie de ces traumatismes, plaies et contusions ait eu lieu dans un autre cadre que le travail, puisqu'on ne connaît rien des circonstances. Cependant, le travail occupe pour la plupart un nombre d'heures maximal dans la semaine, aussi les chances sont-elles plus fortes que les accidents s'y produisent.

⁴⁵ Ces observations proviennent de l'échantillon de l'Hôtel-Dieu en 1895 et 1903.

dangérosité des conditions de travail dans certains secteurs, mais leur caractère essentiellement masculin ne fait aucun doute.

Pour les femmes les causes d'hospitalisation majoritaires sont aussi les maladies respiratoires et la tuberculose, mais dans une moindre mesure : entre 1879 et 1911 ce sont à peine 7% des femmes qui sont concernées par celles-ci et un peu moins de 5% pour la tuberculose à Lariboisière et Tenon. La maternité et ses suites est en revanche une cause déterminante de leur séjour à l'hôpital : plus de 17% en moyenne⁴⁶ pour les deux hôpitaux cités et pour la même période.

Enfin d'autres maladies semblent affecter indifféremment les hommes et les femmes comme les affections de l'appareil génito-urinaires qui sont à peine plus féminines, ou encore les rhumatismes⁴⁷ et les embarras gastriques.

Ainsi les conditions de vie et surtout de travail des hommes expliqueraient qu'ils viennent davantage à l'hôpital, ce que confirme dans une certaine mesure l'étude de la durée des séjours et du taux de mortalité.

⁴⁶ Le chiffre serait encore plus élevé si on considérait uniquement les femmes en âge de procréer, traditionnellement de 15 à 50 ans, comme on l'a indiqué *supra*.

⁴⁷ Ils sont codés dans « autres maladies générales. »

1.2. *La présence féminine*

Tableau 4.
Taux de décès moyen et durée moyenne de séjour en
1879, 1895 et 1911 pour Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu

		Lariboisière		Tenon		Hôtel-Dieu	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1879	Taux de décès	14,69%	11,01%	12,28%	11,49%	14,22%	14,86%
	Durée moyenne	29,7	31,58	30,84	31,01	32,13	31,97
1895	Taux de décès	13,28%	8,43%	13,08%	8,13%	13,99%	13,50%
	Durée moyenne	17,55	17,3	24,53	23,17	23,98	23,42
1911	Taux de décès	6,30%	4,98%	14,66%	10,36%	9,57%	9,41%
	Durée moyenne	19,58	19,23	22,78	22,39	20,47	25,64

On constate que les hommes ont presque toujours, sauf à l'Hôtel-Dieu en 1879, un taux de décès supérieur à celui des femmes, pour des durées moyennes de séjour assez proches. Cela serait le signe que les hommes soignés à l'hôpital arrivent dans un état plus grave que les femmes. En outre, pour un diagnostic comparable, il est clair que les hommes ont un taux de décès supérieur aux femmes. Ainsi dans le cas de la tuberculose, les femmes restent plus longtemps que les hommes, mais meurent moins, ce qui est relativement conforme à l'étiologie de la maladie mais témoigne aussi d'un recours à l'hôpital différent : les femmes s'y rendraient-elles à des stades moins avancés de la maladie ? La plus grande longueur de leur séjour moyen est manifestement à mettre sur le compte d'un taux d'activité inférieur à celui des hommes, davantage préoccupés de reprendre leur travail. L'absence du salaire de l'homme dans le ménage, plus préjudiciable au quotidien que l'absence du salaire féminin, est également à incriminer.

2. *Les âges de la vie*

On a mis en évidence dans le précédent chapitre la relative jeunesse des hospitalisés ainsi que la grande part de célibataires et de provinciaux d'origine

parmi eux. Or ces caractéristiques traduisent bien un recours particulier à l'institution hospitalière. Il est donc intéressant d'étudier quelles pathologies affectent en priorité ces catégories de malades, et on pourra ainsi se demander si ce « sang neuf » affluant de la province vers Paris, résiste mieux ou moins bien à la maladie que les Parisiens de souche, usés par la vie urbaine depuis leur enfance.

Jean-Claude Farcy et Alain Faure ont mis en évidence que les jeunes migrants arrivés à Paris avaient un taux de mortalité supérieur à celui de leur milieu d'origine. Ceci confirmerait-il les lieux communs sur la grande ville stigmatisée par les médecins et les hygiénistes de l'époque comme le « tombeau » du provincial ? Le paradoxe, qui n'est qu'apparent, réside dans la preuve qu'ils donnent, à la suite de Pierre Guillaume, que ces provinciaux d'origine sont plus résistants aux maladies que les autochtones.

« L'hypothèse d'une surmortalité des migrants avancées dans les rares études sur la question se vérifie sans doute, mais ce qu'il convient de mettre en cause, c'est bien plus une certaine dureté urbaine que l'effet du déracinement en tant que tel sur lequel insistaient sans doute à tort les contemporains. Mais les premières victimes de cette dureté étaient les natifs de la ville, et ce sont eux que la surmortalité urbaine touchait d'abord : parler d'une surmortalité des migrants par rapport aux autochtones est donc une erreur. Ces migrants constituaient bien pour la société urbaine un élément de régénération, un apport profondément positif, dans un milieu qui, il faut l'avouer, apparaît particulièrement dur pour ceux qui y furent élevés. »⁴⁸

2.1. *La maladie segmentée par les âges*

L'étude de la distribution des différents types de maladies en fonction de l'âge permet de savoir pour quels maux les patients se rendent à l'hôpital et s'il

⁴⁸ FARCY J-C & FAURE A., *La mobilité d'une génération de Français. Recherches sur les migrations et les déménagements vers et dans Paris à la fin du XIX^e siècle*, Les Cahiers de l'INED N°151, Paris, INED, 2003, pp. 474-475.

existe des causes d'hospitalisation typiques de certaines classes d'âges. Intuitivement, on imagine que pour les femmes entre 20 et 39 ans les accouchements et suites de couches sont vraisemblablement plus massives que pour les autres classes d'âges. Plus intéressante peut se révéler l'examen des malades atteints de tuberculose ou d'affection respiratoire : touchent-elles de la même manière les individus plus jeunes que les plus âgés ? Enfin on peut également s'interroger sur l'âge privilégié du recours à l'hôpital : on a déjà mis en évidence que les plus jeunes étaient les plus nombreux, mais viennent-ils tous pour des causes similaires ? Les tableaux suivants (tableaux 5 à 13) fournissent quelques éléments de réponse.

Tableau 5.
Répartition des maladies selon les
classes d'âges à Lariboisière en 1855

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,44%	2,57%	10,90%	2,66%	0,27%
Autres maladies générales	0,27%	2,13%	7,18%	2,75%	1,06%
Maladies du système nerveux	0,53%	0,71%	2,93%	1,77%	0,44%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,00%	0,62%	0,18%	0,35%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,35%	1,06%	5,50%	2,39%	0,71%
Maladies des organes de digestion	0,27%	1,24%	4,88%	2,04%	0,62%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	0,53%	4,79%	1,51%	0,71%
Naissances, grossesses, accouchements	2,30%	0,71%	4,61%	0,88%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,18%	1,60%	6,21%	3,47%	0,53%
Maladies des os et des articulations	0,18%	1,60%	6,21%	3,72%	0,62%
Maladies des âges extrêmes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Crimes, suicides, accidents	0,09%	0,00%	0,09%	0,09%	0,00%
Inconnue ou illisible	0,09%	0,18%	1,42%	0,71%	0,18%
Totaux	4,70%	12,32%	55,32%	22,17%	5,50%

Dès 1855 (tableau 5), on constate que pour les classes d'âges extrêmes (0-4 ans et plus de 60 ans, ainsi que pour les 5-19 ans), la répartition joue sur des

effectifs restreints, qui laissent peu de place à l'interprétation : les jeunes enfants sont présents à l'hôpital essentiellement parce qu'ils y naissent, ou pour des affections épidémiques de type rougeole, diphtérie, coqueluche. Les 5-19 ans, peu nombreux pour les plus jeunes d'entre eux (moins de 16 ans), viennent surtout à l'hôpital parce qu'ils sont tuberculeux ou typhiques, ou qu'ils souffrent de traumatismes invalidants dans le cadre d'une activité professionnelle (entorse, sciatique, fracture, courbature...) ou bien pour les jeunes filles parce qu'elles viennent accoucher à l'hôpital. Les plus de 60 ans sont hospitalisés surtout pour des rhumatismes, et des maux liés à l'âge du type affections cardiaques. Les maladies respiratoires, qui ne sont pas des cas déclarés de tuberculose, laissent peu de doute sur le pronostic : un nombre sensible d'hémoptysie (crachement de sang), de bronchite et de pneumonie durant les mois d'été sont très certainement les signes d'affections tuberculeuses qui ne veulent pas s'avouer. Leur taux de décès (18,75%), singulièrement plus élevé que le taux moyen de décès en 1855 à l'hôpital (11,08%), indique ainsi que cette catégorie se rend plus volontiers à l'hôpital pour y mourir.

Pour les autres classes d'âges (20-39 ans et 40-59 ans), on retrouve une symétrie remarquable : les maladies des os et des articulations (essentiellement des fractures, contusions, entorses) et les maladies de la peau et du tissu cellulaire (des abcès, des brûlures, des érysipèles en grande majorité) figurent en tête des affections spécifiques, suivies par les maladies respiratoires. Néanmoins, les maladies générales sont encore de loin la première cause d'hospitalisation pour les 20-39 ans comme pour les 40-59 ans. Les pourcentages sont en outre trois à cinq fois plus élevés pour la catégorie la plus jeune avec un taux remarquablement fort de fièvres typhoïde (60% des cas de maladies épidémiques), de quelques cas de choléra tous enregistrés en septembre (10% des maladies épidémiques), réplique vraisemblable et amoindrie de la grande épidémie de 1854. Quant aux autres maladies générales, leur poids s'explique par la fréquence de la tuberculose, rencontrées sous ses diverses appellations, qu'il s'agisse de la phtisie ou phtysie, de la chlorose ou chloro-anémie (et même chloro-hystérie). Les rhumatismes sont également une cause d'hospitalisation fréquente parmi une catégorie de population plutôt

jeune, mais précocement usée par des activités physiquement éprouvantes. Les mêmes remarques s'appliquent pour la catégorie d'âge 40-59 ans, à ceci près que les proportions de tuberculeux sont les mêmes que les affections rhumatismales. Concernant la tuberculose, on vient moins mourir à l'hôpital en 1855 entre 40 et 59 ans qu'entre 20 et 39 ans, comme si l'âge impliquait une situation, une famille qui permettait d'éviter la mort à l'hôpital. Cette observation est du reste vérifiée par la proportion plus forte de mariés que de célibataires, dans la catégorie des tuberculeux de 40-59 ans que dans celle des 20-39 ans.

On peut finalement se demander si le taux de décès global est plus fort dans la catégorie des plus jeunes (20-39 ans) que dans celle des plus âgés (40-59 ans) : en 1855, il est remarquable que la morbidité soit presque identique (10,86% pour les 20-39 ans et 10,89% pour les 40-59 ans) pour des tranches d'âges inégalement représentées à Lariboisière. Le recours à l'hôpital s'il dépend bien de l'âge et de la situation familiale ou professionnelle, s'expliquerait ainsi par une gravité des affections tout à fait comparable en 1855, pour les plus jeunes que pour leur aînés. En d'autres termes, les plus âgés ne meurent pas plus que leurs cadets à l'hôpital. La nature des maux et leur taux de mortalité montrent bien qu'eux aussi s'y rendent pour s'y faire soigner et non pour y finir leurs jours. La situation évolue par la suite, comme le montre les tableaux suivants (tableaux 6 à 13) qui présentent les différents diagnostics portés dans les registres d'entrées pour les trois hôpitaux considérés en 1879, 1895 et 1911.

Tableau 6.
Répartition des maladies par classes
d'âges à Lariboisière en 1879

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,00%	1,00%	2,55%	0,36%	0,18%
Autres maladies générales	0,09%	1,46%	7,46%	4,09%	0,91%
Maladies du système nerveux	0,09%	0,82%	3,73%	1,18%	0,73%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,27%	1,55%	1,36%	0,64%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,00%	1,00%	4,00%	4,73%	1,18%
Maladies des organes de digestion	0,36%	0,64%	3,82%	2,27%	0,27%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	1,09%	6,73%	2,27%	0,64%
Naissances, grossesses, accouchements	8,74%	1,36%	10,01%	0,09%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,09%	0,45%	2,73%	1,00%	0,55%
Maladies des os et des articulations	0,00%	1,36%	6,55%	4,28%	1,18%
Maladies des âges extrêmes	0,73%	0,00%	0,00%	0,00%	0,18%
Crimes, suicides, accidents	0,18%	0,09%	0,82%	0,36%	0,18%
Inconnue ou illisible	0,55%	0,27%	0,45%	0,18%	0,09%
Total	10,83%	9,83%	50,41%	22,20%	6,73%

Tableau 7.
Répartition des maladies par classes
d'âges à Tenon en 1879

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,23%	2,49%	5,09%	0,68%	0,11%
Autres maladies générales	0,23%	1,58%	11,54%	5,09%	0,68%
Maladies du système nerveux	0,79%	1,02%	2,71%	1,81%	0,79%
Maladies des organes de la circulation	0,11%	0,11%	1,47%	0,90%	1,47%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,23%	0,79%	6,11%	4,30%	2,26%
Maladies des organes de digestion	1,13%	1,02%	3,73%	1,92%	0,23%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	0,34%	3,05%	1,92%	0,90%
Naissances, grossesses, accouchements	4,19%	1,02%	3,73%	0,11%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,68%	1,13%	4,41%	1,70%	0,23%
Maladies des os et des articulations	0,23%	0,90%	4,19%	3,62%	1,58%
Maladies des âges extrêmes	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,68%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,00%	0,90%	0,79%	0,23%
Inconnue ou illisible	0,23%	0,23%	1,13%	0,68%	0,45%
Total	8,14%	10,63%	48,08%	23,53%	9,62%

Tableau 8.
Répartition des maladies par classes
d'âges à l'Hôtel-Dieu en 1879

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,00%	1,68%	5,70%	1,17%	0,13%
Autres maladies générales	0,00%	0,91%	10,10%	5,18%	0,78%
Maladies du système nerveux	0,65%	1,30%	5,96%	2,33%	2,85%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,26%	0,78%	0,52%	0,26%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,52%	1,17%	4,53%	2,20%	1,55%
Maladies des organes de digestion	0,52%	1,55%	7,12%	2,33%	0,65%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,13%	0,65%	5,05%	2,33%	0,65%
Naissances, grossesses, accouchements	2,98%	0,13%	2,59%	0,13%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,13%	1,04%	4,27%	0,91%	0,91%
Maladies des os et des articulations	0,00%	0,52%	4,92%	2,85%	1,04%
Maladies des âges extrêmes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,65%
Crimes, suicides, accidents	0,13%	0,13%	0,78%	0,39%	0,00%
Inconnue ou illisible	1,04%	0,26%	2,20%	0,52%	0,00%
Total	6,09%	9,59%	54,02%	20,85%	9,46%

Tableau 9.
Répartition des maladies par classes
d'âges à Lariboisière en 1895

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,31%	0,66%	2,38%	0,61%	0,05%
Autres maladies générales	0,00%	1,21%	7,59%	5,06%	0,96%
Maladies du système nerveux	0,10%	0,86%	1,77%	1,62%	0,46%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,20%	1,16%	1,87%	0,40%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,05%	1,06%	6,28%	4,00%	1,67%
Maladies des organes de digestion	0,20%	0,86%	3,90%	2,38%	0,46%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	0,91%	6,83%	2,48%	1,01%
Naissances, grossesses, accouchements	5,92%	0,81%	6,78%	0,15%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,00%	0,61%	1,67%	1,27%	0,25%
Maladies des os et des articulations	0,00%	0,76%	3,39%	3,09%	1,21%
Maladies des âges extrêmes	0,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,35%	1,77%	1,21%	0,76%
Inconnue ou illisible	0,15%	1,16%	5,82%	2,38%	0,40%
Total	7,04%	9,46%	49,34%	26,11%	8,05%

Tableau 10.
Répartition des maladies par classes
d'âges à Tenon en 1895

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,20%	0,13%	1,00%	0,20%	0,00%
Autres maladies générales	0,27%	2,01%	5,82%	4,62%	1,41%
Maladies du système nerveux	0,47%	0,67%	1,94%	2,01%	0,74%
Maladies des organes de la circulation	0,07%	0,40%	1,27%	1,54%	1,00%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,20%	0,94%	5,82%	5,56%	2,61%
Maladies des organes de digestion	1,07%	1,49%	3,08%	2,21%	0,67%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	1,27%	4,22%	1,74%	0,47%
Naissances, grossesses, accouchements	7,97%	0,94%	7,70%	0,27%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,20%	1,81%	2,68%	1,67%	1,07%
Maladies des os et des articulations	0,27%	1,59%	1,67%	2,95%	0,87%
Maladies des âges extrêmes	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,20%	1,20%	0,87%	0,13%
Inconnue ou illisible	0,47%	1,14%	4,22%	1,94%	0,87%
Total	11,24%	12,58%	40,63%	25,57%	9,97%

Tableau 11.
Répartition des maladies par classes
d'âges à l'Hôtel-Dieu en 1895

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,10%	0,60%	3,49%	1,79%	0,20%
Autres maladies générales	0,00%	1,89%	8,67%	4,09%	1,30%
Maladies du système nerveux	0,20%	0,77%	3,99%	3,79%	1,89%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,20%	2,29%	1,99%	0,80%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,60%	0,40%	5,88%	3,99%	2,49%
Maladies des organes de digestion	0,40%	1,00%	3,89%	3,19%	0,60%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	1,10%	8,97%	3,11%	0,60%
Naissances, grossesses, accouchements	0,90%	0,20%	1,30%	0,20%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,10%	0,40%	2,39%	1,70%	0,70%
Maladies des os et des articulations	0,20%	0,40%	3,39%	1,79%	0,50%
Maladies des âges extrêmes	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,70%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,50%	2,89%	1,89%	0,90%
Inconnue ou illisible	0,60%	0,20%	2,29%	1,00%	0,20%
Total	3,09%	7,65%	49,45%	28,93%	10,87%

Tableau 12.
Répartition des maladies par classes
d'âges à Lariboisière en 1911

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,00%	0,32%	1,64%	0,72%	0,12%
Autres maladies générales	0,00%	1,08%	6,47%	4,04%	1,76%
Maladies du système nerveux	0,32%	0,68%	2,40%	2,08%	1,64%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,20%	0,80%	1,56%	1,08%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,08%	0,68%	4,08%	3,44%	1,48%
Maladies des organes de digestion	0,08%	1,30%	4,19%	2,48%	1,12%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,04%	0,92%	7,67%	4,12%	1,56%
Naissances, grossesses, accouchements	5,99%	1,28%	10,75%	0,24%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,08%	0,80%	3,36%	1,88%	0,72%
Maladies des os et des articulations	0,00%	0,96%	4,39%	2,88%	1,04%
Maladies des âges extrêmes	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,24%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,30%	0,60%	0,16%	0,04%
Inconnue ou illisible	0,48%	0,36%	1,76%	1,16%	0,24%
Total	7,27%	8,87%	48,11%	24,73%	11,03%

Tableau 13.
Répartition des maladies par classes d'âges à Tenon en 1911

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,00%	0,50%	1,26%	0,61%	0,05%
Autres maladies générales	0,15%	0,96%	5,05%	5,81%	2,07%
Maladies du système nerveux	0,30%	0,20%	1,67%	1,67%	0,86%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,05%	0,71%	1,46%	1,16%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,35%	1,06%	6,16%	5,20%	3,69%
Maladies des organes de digestion	0,10%	0,61%	3,13%	2,02%	1,06%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	1,06%	5,75%	2,98%	1,36%
Naissances, grossesses, accouchements	7,77%	1,51%	6,36%	0,35%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,15%	0,76%	2,68%	1,77%	1,21%
Maladies des os et des articulations	0,05%	0,50%	2,52%	2,17%	1,46%
Maladies des âges extrêmes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,16%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,15%	1,21%	0,50%	0,30%
Inconnue ou illisible	0,45%	0,81%	3,89%	2,17%	1,01%
Total	9,34%	8,18%	40,38%	26,70%	15,40%

Tableau 14.
Répartition des maladies par classes
d'âges à l'Hôtel-Dieu en 1911

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 et +
Maladies générales épidémiques	0,00%	0,50%	2,48%	0,43%	0,21%
Autres maladies générales	0,00%	0,99%	5,39%	4,96%	1,49%
Maladies du système nerveux	0,28%	0,21%	2,84%	4,04%	2,98%
Maladies des organes de la circulation	0,00%	0,21%	1,41%	1,63%	0,85%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,00%	1,42%	5,46%	4,18%	2,70%
Maladies des organes de digestion	0,07%	1,21%	4,75%	2,77%	1,13%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,00%	0,78%	6,10%	3,39%	0,35%
Naissances, grossesses, accouchements	0,00%	0,00%	0,35%	0,14%	0,00%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire	0,00%	0,78%	3,83%	1,63%	0,57%
Maladies des os et des articulations	0,00%	1,63%	5,28%	3,90%	0,92%
Maladies des âges extrêmes	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,43%
Crimes, suicides, accidents	0,00%	0,11%	0,64%	0,64%	0,14%
Inconnue ou illisible	0,00%	0,85%	7,19%	4,33%	1,35%
Total	0,35%	8,69%	45,72%	32,11%	13,12%

L'étude de ces tableaux suggère des ressemblances entre les hôpitaux et selon les tranches d'âges.

Ces tableaux rappellent tout d'abord que les plus jeunes (de 0 à 19 ans) sont minoritaires à l'hôpital, quelle que soit la période. Pour les bébés et les très jeunes enfants (0-4 ans) la première cause d'hospitalisation est presque toujours la naissance⁴⁹, exception faite des enfants encore nourris au sein par leur mère, elle-même hospitalisée. Les mères venant à l'hôpital pour accoucher se retrouvent du reste dans les tranches d'âges 5-19 et surtout 20-39 ans, le total représentant le pourcentage des femmes venant accoucher. Lorsque ce total est supérieur au pourcentage des naissances, comme à Lariboisière en 1911 où la différence est de trois points (tableau 21), on peut faire l'hypothèse que les consultations externes mises en place dans cet hôpital sont un succès auprès des jeunes femmes qui vont, particulièrement nombreuses, faire suivre leur grossesse médicalement⁵⁰. Il est manifeste qu'un certain nombre d'entre elles ont des complications les obligeant à une hospitalisation. Il est pour autant assez difficile de les identifier car les registres mentionnent indifféremment parfois « grossesse » pour « accouchement » sans qu'il soit possible de savoir à quel stade de son terme la femme s'est rendue à l'hôpital. Il est très intéressant de souligner cette attention de la femme enceinte à son propre état, visible dans le recours à la médecine offert par ces consultations, alors que les histoires traditionnelles de la famille situent cette mutation plus tard. Quant aux malades âgés de 5 à 19 ans, leur faible part rend difficile toute interprétation : la grande diversité des affections est la règle. Quelques accouchements pour les plus âgées, et un nombre récurrents de maladies épidémiques infectieuses « infantiles » telles la rougeole, la scarlatine ou la variole ainsi que des maladies respiratoires sont à signaler chez ces enfants et très jeunes gens.

Les plus âgés (plus de 60 ans) souffrent essentiellement de maladies respiratoires et d'affections des os et des articulations : ce sont les groupes de

⁴⁹ Voir BEAUVALET –BOUTOUYRIE S., *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

⁵⁰ « Les consultations aux femmes enceintes sont faites chaque jour par le Dr Bissard, chef de service de la maternité. Il s'est présenté 1522 femmes », *Historique de l'hôpital Tenon pour 1900*, AAP, D-292. Voir également sur la diffusion du speculum, CAROL A., « L'examen gynécologique en France XVIII^e-XIX^e siècle. Techniques et usages » in BOURDELAIS P. & FAURE O., *Les nouvelles pratiques de santé (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2005.

maladies les plus fréquemment rencontrés tout au long de la période. On doit signaler en particulier à l'Hôtel-Dieu, le pourcentage assez élevé de cas d'affections du système nerveux. La grande réputation du service d'ophtalmologie est encore à invoquer comme probable explication, à un âge où les affections oculaires comme la cataracte (la moitié des cas du groupe « maladies du système nerveux » en 1911) sont fréquentes mais curables. L'évolution pour ces classes d'âge dessine une augmentation du groupe des « maladies générales » – évidemment de la tuberculose, mais aussi des cancers – et une forte mortalité. Plus neuve est la constatation que les rhumatismes, la fatigue, la goutte, des vertiges, deviennent des motifs d'hospitalisation en fin de période, ce qu'ils n'étaient pas ou très peu dans les années antérieures. On viendrait à l'hôpital pour des causes, certes invalidantes, mais plus bénignes et qu'il était d'usage de considérer comme la norme autrefois. Là encore les registres donnent déjà l'image d'un hôpital contemporain où l'on se rend pour un symptôme précis, en vue d'un soulagement rapide, alors que ces maux étaient auparavant supportés sans que la médecine intervienne. La considération d'une institution pratiquement gratuite pour tous joue vraisemblablement à la marge. Reste qu'une forme de diffusion de la médecine⁵¹, hospitalière dans ce cas, est à l'œuvre.

Le contingent le plus important des malades se situe dans les tranches 20-39 ans et 40-59 ans. L'examen des maladies des deux groupes montre à la fois une plus grande diversité des maladies pour les plus jeunes et une plus grande résistance de ces derniers face à la maladie. Pour les 20-39 ans, on vérifie une fois de plus le poids prépondérant de la tuberculose, qui explique à lui seul la première place des « autres maladies générales » dans cette tranche d'âge. Les « affections respiratoires » sont presque toujours systématiquement en deuxième position. La troisième place est plus disputée : au début de la période envisagée, elle est occupée par les « maladies des os et des articulations »,

⁵¹ FAURE O., *La médicalisation de la société dans la région lyonnaise (1800-1914)*, Thèse d'État, Lyon, 1989, notamment dans 2^{ème} partie « La solution urbaine », le chapitre IX « Expansion et spécialisation hospitalière », pp. 333-370.

plaidant pour un recours à l'hôpital en cas de traumatisme, issu des dangers d'une vie professionnelle où l'accident surgit à tout moment. En fin de période, un renversement s'opère au profit des maladies de l'appareil génito-urinaire parmi lesquelles on observe une part assez nette de maux d'origine vénérienne. On est peut-être davantage attentif à ces questions à la veille de Grande Guerre au moment où fleurissent les discours sur la régénération de la patrie⁵².

Pour la tranche d'âge immédiatement supérieure, la répartition est un peu différente : certes les maladies générales et les maladies respiratoires sont toujours en tête, mais ce sont plus nettement les « maladies des os et des articulations » qui arrivent en troisième position. Surtout, à maladies égales, la mort frappe davantage les plus âgés : ainsi en 1911, 20% des tuberculeux âgés de 20 à 39 ans décèdent à Lariboisière contre presque un tiers des 40-59 ans. Que les plus jeunes manifestent ainsi une plus grande résistance pour les mêmes maux, que la maladie – et c'est le cas pour la tuberculose, maladie à évolution lente – n'en soit pas au même stade de développement, et touche plus durement des organismes affaiblis par l'âge et par une infection qu'ils portent vraisemblablement en eux de longue date, ces deux raisons n'en faisant qu'une en définitive, tout cela montre bien que les causes d'hospitalisation sont déterminées par l'âge des malades. La différence est sensible avec les observations sur la même maladie en 1855 : alors qu'il n'y avait pas de notable différence de mortalité entre les âges pour cette maladie, on assiste bien à une différenciation assez nette de la mortalité qui ne touche pas de la même manière les individus selon leur âge et qui correspond avec les observations de Jacques Bertillon sur la phtisie pulmonaire, pour l'ensemble de la population parisienne en 1889 :

« C'est entre 30 et 45 ans que la phtisie atteint son maximum de fréquence (666 décès pour 100 000 vivants de 30 à 35 ans, 707, de 35 à 40 ans ; 649 de 40 à 45 ans). Il n'est pas exact de dire que la phtisie soit une maladie propre aux jeunes gens. Elle est très fréquente à

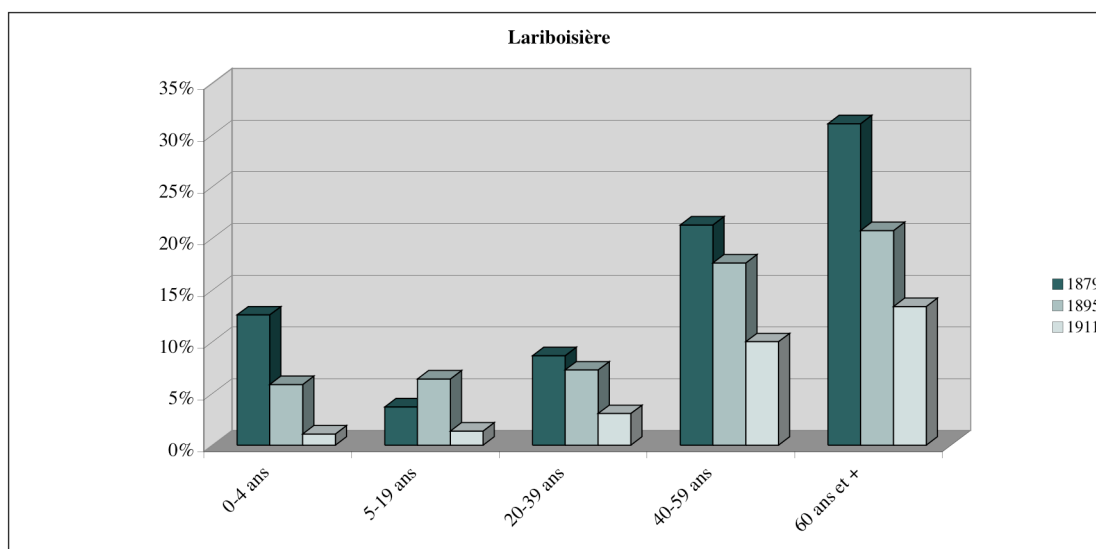
⁵² CORBIN A. « Le péril vénérien au début du siècle (...) » *art. cit.* ; RENNEVILLE M. « Politiques de l'hygiène à l'AFAS » in BOURDELAIS P., *Les hygiénistes, enjeux, modèles, pratiques (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2001.

tous les âges à ce point que, même à 60 ans, elle est plus fréquente que le cancer. Son âge de plus grande fréquence n'est pas la première jeunesse, mais l'âge de 30 à 45 ans. »⁵³

2.2. La maladie au fil des âges

L'étude du taux de décès (graphiques 17 à 19) et des durées de séjours par groupe d'âge (tableaux 15 à 17) doit permettre de préciser encore le profil des malades hospitalisés et de mieux préciser le rôle joué par l'hôpital dans la médicalisation de la société.

Graphique 17.
Taux de décès selon les classes d'âge à Lariboisière



⁵³ BERTILLON J., *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris (1865-1887)*, Paris, Masson, 1889, p. 52.

Tableau 15.
Durée moyenne de séjour en fonction de l'âge à Lariboisière

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
1879	9,21	29,88	32,52	34,43	39,16
1895	9,37	15,53	16,99	19,12	24,1
1911	11,86	19,02	17,46	21,91	27,66

Graphique 18.
Taux de décès selon les classes d'âges à Tenon

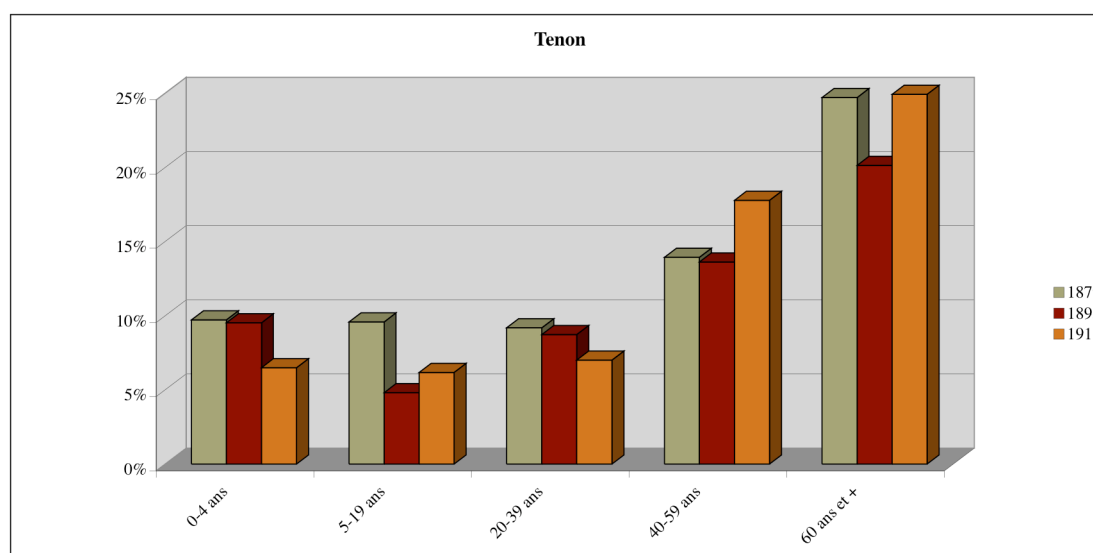


Tableau 16.
Durée moyenne de séjour en fonction de l'âge à Tenon

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
1879	22,73	28,87	30,64	33,69	34,75
1895	17	26,21	20,01	26,76	37,25
1911	15,25	18,36	19,2	28,84	31,4

Graphique 19.
Taux de décès selon les classes d'âges à l'Hôtel-Dieu

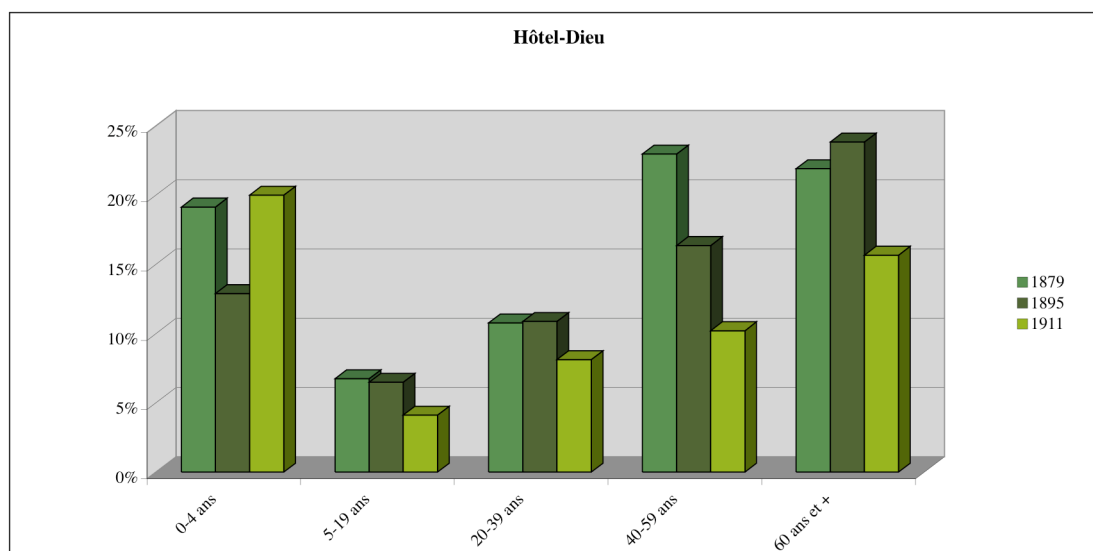


Tableau 17.
Durée moyenne de séjour en fonction de l'âge à l'Hôtel-Dieu

	0-4 ans	5-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60 ans et +
1879	15,53	35,9	32,53	31,59	37,12
1895	14,35	19,62	23,18	26,09	25,43
1911	8	17,38	20,62	26,41	24,46

L'évolution générale du taux de décès est une diminution pour toutes les classes d'âges, exceptions faites de l'Hôtel-Dieu pour les 0-4 ans en très faible nombre, et surtout de Tenon, pour les 40-59 ans et les plus de 60 ans. Ce dernier est cependant un hôpital situé dans le quartier le plus populaire, assez mal doté en hospices. Il n'est donc pas tellement étonnant de constater une telle évolution. Les plus âgés iraient davantage que dans d'autres quartiers mourir à l'hôpital.

L'évolution globale des taux de décès en fonction des classes d'âge à Lariboisière est en revanche assez conforme aux notables progrès de la

médicalisation, de l'hygiène et des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics afin d'améliorer les conditions de vie et de travail des populations les plus défavorisées⁵⁴. La loi sur l'assistance aux vieillards de 1905, les lois sur le repos hebdomadaire et la limitation de la journée de travail (1906) sont vraisemblablement à l'œuvre dans cette diminution des séjours assez générale quelle que soit la classe d'âge entre 1879 et 1911.

La loi du 15 février 1902⁵⁵ sur l'hygiène publique oblige les médecins à déclarer à l'autorité publique les maladies contagieuses qu'ils identifient : 13 maladies sont retenues, neuf sont soumis à une déclaration facultative parmi lesquelles la tuberculose. La loi rend obligatoire la vaccination contre la variole et impose des mesures pour s'assurer de la salubrité des immeubles.

La seconde loi de santé publique qui intervient dans cette période et qui peut expliquer dans une certaine mesure cette diminution des séjours est sans nul doute la loi du 1^{er} août 1905 qui instaure le contrôle bactériologique de l'industrie alimentaire. La salubrité de l'alimentation permet en effet de mieux résister aux maladies contagieuses.

Un examen plus approfondi de la durée de séjour de chaque groupe de malades permet encore d'affiner l'analyse. La durée de séjour baisse sur l'ensemble de la période et quelles que soient les catégories d'âges. Il est notable de constater que c'est la catégorie des 20-39 ans, la plus nombreuse, qui a le taux de décès le plus faible et les durées de séjour moyen les plus basses (17 jours à Lariboisière, 19 jours à Tenon et légèrement supérieur à 20 jour à l'Hôtel-Dieu pour la seule année 1911 – voir tableaux 15 à 17 –). Or, pour des maladies identiques, par exemple des « embarras gastriques » ou des « rhumatismes », on constate des durées de séjour très semblables d'un groupe d'âge à un autre. L'idée selon laquelle les jeunes adultes viendraient pour des causes plus variées, et moins graves que les autres classes d'âges prend ainsi forme,

⁵⁴ Voir notamment MAREC Y., *Pauvreté et protection sociale au XIX^e et XX^e siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Rennes, PUR, 2006, notamment le chapitre 8 « L'ouvrier et sa santé », pp. 183-193.

⁵⁵ Voir DUPAQUIER J., *Histoire de la population, t. II 1789-1914 ...*, op. cit., p. 342 et suiv.

justifiant dès lors leur faible mortalité à l'hôpital. Très certainement aussi, leurs conditions de vie, moins établies que celles des plus âgés, les encouragent à utiliser davantage les hôpitaux. Dans leur cas, le rôle d'accueil et de refuge de l'hôpital serait un facteur plus important que le seul recours médical, à la différence des 40-59 ans qui connaissent un taux de mortalité plus élevé et demeurent plus longtemps. L'hôpital aurait pour ces derniers, une fonction plus strictement médicale, il serait réservé à des cas de maladies plus graves ou à un stade plus avancé.

Les taux de décès les plus élevés enfin affectent les plus âgés qui restent aussi le plus longtemps à l'hôpital. Ils sont en effet les plus fragilisés physiquement par la maladie et l'âge. Néanmoins, les durées de séjour de ceux qui décèdent sont plus brèves que celles de ceux qui restent en vie et ressortent de l'établissement, ce qui plaide pour un usage également plus médical de l'hôpital : pour les plus âgés aussi l'hôpital n'est pas un mouvoir et quand on a dispensé des soins et quelque soulagement, le malade regagne son domicile.

2.3. *Un lien nouveau entre la famille et l'hôpital*

Le taux de décès rapporté à la situation familiale pour les plus de 20 ans nous renseigne encore sur la nature de la pratique de l'hôpital. Ces informations sont présentées dans les tableaux 18 à 20.

Tableau 18.
Taux de décès et situation familiale
à Lariboisière pour les plus de 20 ans

	célibataires	mariés	veufs	divorcés	total
1879	9,98%	18,18%	17,48%	0,00%	13,64%
1895	9,13%	11,33%	20,25%	55,56%	11,83%
1911	5,33%	6,08%	11,83%	3,45%	6,50%

Tableau 19.
Taux de décès et situation familiale
à Tenon pour les plus de 20 ans

	célibataires	mariés	veufs	divorcés	total
1879	12,30%	10,61%	16,82%	0,00%	12,40%
1895	24,85%	28,38%	32,80%	33,33%	27,68%
1911	9,98%	12,79%	22,61%	0,00%	19,93%

Tableau 20.
Taux de décès et situation familiale
à l'Hôtel-Dieu pour les plus de 20 ans

	célibataires	mariés	veufs	divorcés	total
1879	13,54%	12,44%	27,59%	0,00%	15,05%
1895	13,51%	13,19%	18,03%	25,00%	14,24%
1911	8,70%	8,54%	16,00%	13,95%	9,97%

Sauf à Lariboisière, les taux de décès diffèrent assez peu entre mariés et célibataires : il serait légèrement plus élevé chez les mariés que chez les célibataires ce qui confirmerait un usage de l'hôpital pour des cas plus graves, et que l'étude de la durée de séjour selon le statut matrimonial peut encore apporter quelques précisions (tableaux 21 à 23).

Tableau 21.
Durée de séjour et situation familiale
à Lariboisière (plus de 20 ans)

		célibataires	mariés	veufs	inconnue ou divorcés	total
1879	moyenne	34,79	27,94	32,24	4,14	17,84
	médiane	16	16	21	0	16
1895	moyenne	18,12	17,15	20,14	6,25	19,12
	médiane	11	11	11	10	11
1911	moyenne	18,98	18,31	21,4	15,29	18,6
	médiane	10	10	13,5	10	10

Tableau 22.
Durée de séjour et situation familiale
à Tenon (plus de 20 ans)

		célibataires	mariés	veufs	inconnue ou divorcés	total
1879	moyenne	28,24	37,38	32,58	0	32
	médiane	16	21	19	0	19
1895	moyenne	24,73	23,45	27,13	13,3	24,53
	médiane	14	14	16	12	14
1911	moyenne	24,68	21,2	28,44	18,95	23,94
	médiane	13	13	15	16	14

Tableau 23.
Durée de séjour et situation familiale
à l'Hôtel-Dieu (plus de 20 ans)

		célibataires	mariés	veufs	inconnue ou divorcés	total
1879	moyenne	34,69	29,14	34,57	0	32,82
	médiane	19	17	21	0	19
1895	moyenne	25,43	23,56	22,8	28,46	24,39
	médiane	18	16	15	19	17
1911	moyenne	20,06	23,99	32,62	18,53	23,22
	médiane	12	12	17	16	14

La durée de séjour moyenne assez différente entre les mariés et les célibataires en 1879 a tendance à se rapprocher en fin de période : sept jours d'écart en moyenne à Lariboisière en 1879 et plus aucun en 1911, et cinq en 1879 contre un peu plus de trois en 1911 à l'Hôtel-Dieu. Mais la durée médiane permet de mieux se rendre compte de ce que représente un séjour type à l'hôpital en limitant l'incidence des quelques très longs séjours. La principale différence porte sur la durée de séjour pour une même maladie : pour un diagnostic identique porté sur le registre, les célibataires restent plus longtemps. Les mariés sont hospitalisés pour des maladies plus graves, mais repartent assez vite, comme s'ils ne pouvaient s'offrir le luxe d'une longue hospitalisation, certes gratuite la plupart du temps, mais qui prive la famille de

ressource. Ce raisonnement est à nuancer si l'on rappelle le grand nombre de couples concubins non mariés dans la capitale qui sont enregistrés comme célibataires à l'admission.

Démonstration est ainsi faite que le rôle dévolu à l'hôpital varie selon la catégorie d'âge, et un peu moins selon la situation familiale des patients. L'aspect médical est toujours prépondérant, mais les attentes ne sont pas identiques : les conditions de travail, de logement, l'usure des corps se font sentir et ces différences sociales engendrent un usage différentiel de l'hôpital. Plus jeunes et moins stabilisés, on aurait davantage tendance à venir à l'hôpital pour des causes moins graves et peut-être pour bénéficier d'un soutien. Pour les plus âgés, la fonction de soins médicaux serait la plus importante, dans des cas plus sévères.

3. Les maladies et les métiers de Paris

Si l'usure des corps et la résistance à la maladie ne sont pas les mêmes à 20 ans et à 50 ans, la profession exercée joue un rôle dans le mode de vie et la santé du patient hospitalisé. Nous n'avons pas les moyens de vérifier la durée d'exercice de la profession déclarée par le patient au moment de son entrée à l'hôpital. On peut néanmoins tenter d'approcher l'usage de l'hôpital par grandes catégories professionnelles en suggérant quelques pistes sur le lien entre le métier déclaré et la pathologie rencontrée, en examinant la répartition des maladies par catégories socio-professionnelles, puis en comparant les durées de séjour et la mortalité pour ces mêmes catégories.

3.1. Des maladies ciblées

À bien examiner la part des métiers dans chaque groupe de maladies, on constate tout d'abord que les maladies respiratoires et la tuberculose frappent toutes les catégories. Cependant, elles touchent plus sensiblement les ouvriers et les petits métiers que les autres professions : ainsi en 1879 à Lariboisière, les deux tiers environ (67,89%) des affections respiratoires concernent des ouvriers

(et pour la moitié d'entre eux des ouvriers du bâtiment ou du textile) et les trois quarts environ (74,45%) des autres affections générales, dont une majorité de tuberculoses, frappent également des ouvriers et des petits métiers. *A contrario*, seulement 10% des malades souffrant d'affections respiratoires ou d'autres affections générales sont des domestiques ou des employés.

Dans le groupe des ouvriers présents à Lariboisière en 1879, seuls 18,1% viennent pour des maladies générales non épidémiques (et dont un peu moins de la moitié de tuberculoses), et 18,45% pour des affections des os et des articulations (dont un grand nombre de fractures et de contusions). La même remarque s'applique aux artisans-boutiquiers : s'ils occupent une part moindre (9,6% à Tenon en 1895) que d'autres catégories dans les maladies générales (uniquement des cas de tuberculose cette année-là), assez souvent il s'agit de la première cause de leur venue à l'hôpital. Cela ne signifie pas que ces groupes sont plus frappés que les autres, mais qu'ils se tournent davantage vers l'hôpital pour ces maladies.

Les maladies des os et des articulations sont effectivement un autre groupe bien représenté à l'hôpital, qui occupe régulièrement la 2^e ou 3^e place des groupes de maladies à l'hôpital. Là encore on constate que les ouvriers et petits métiers sont plus touchés que les autres groupes socio-professionnels (73% en 1879 et 54,6 % en 1911). Mais on constate que les domestiques d'une part et les employés d'autres part sont également souvent victimes des maladies de ce groupe (de 10 à 12% des malades des os et des articulations entre 1879 et 1911 à Lariboisière), au sein desquelles les conséquences de différents traumatismes (contusions, sciatiques, fractures, foulures....) mais également les arthrites sont nettement majoritaires. Si on ajoute les rhumatismes, comptés dans les autres maladies générales, la part des maux où le corps fait entendre son épuisement est logiquement plus forte parmi les métiers nécessitant une intense activité physique. Ainsi les ouvriers du bâtiment sont sans surprise proportionnellement plus nombreux que les ouvriers du textile dans ce type de pathologies.

Du reste, l'examen du taux des maladies des os et des articulations parmi les domestiques incite à relativiser leur seconde place derrière les ouvriers et les

petits métiers dans ces affections. En effet, seulement 7 à 8% des domestiques le sont pour ce type de maux à Lariboisière en 1879. Tout indique qu'ils ne sont pas plus touchés que d'autres et qu'ils sont plus nombreux à être hospitalisés pour d'autres maladies : les domestiques viennent généralement pour des affections génito-urinaires et des accouchements, régulièrement premières et deuxièmes causes d'hospitalisation pour un groupe où les femmes sont très majoritaires.

En somme, les maladies les plus représentées dans les registres d'entrées touchent surtout manifestement, les catégories au niveau de vie le plus modeste et aux activités les plus éprouvantes. Le lien entre l'activité et la maladie est tangible. De plus, la dynamique de la médicalisation est visible dans le recours que d'autres catégories de niveau légèrement supérieur font de l'hôpital pour ces mêmes maladies.

Les autres catégories de maladies sont nettement moins présentes. On a déjà remarqué que les maladies génito-urinaires voyaient leur part augmenter dans les hospitalisations. L'examen de cette catégorie de malades au sein des trois hôpitaux suggère plusieurs observations. Ce sont surtout les femmes qui viennent davantage se faire hospitaliser pour ce type d'affections en fin de période (60,5 % de femmes à Lariboisière en 1911). En 1911, on observe 25,74% d'ouvriers dont une petite majorité d'ouvrières du textile, mais aussi 19% de petits métiers, de 14 à 15% d'employés autant que de domestiques venant à Lariboisière pour ce type de maladie. En fait, l'importance grandissante de la part des employés et des domestiques dans les pathologies génito-urinaires est l'une des explications de leur accroissement. L'hôpital entrerait ainsi progressivement dans les mœurs pour ce type d'affection (fibrômes utérins, salpingites, fistules, métrorrhagies...) et la confiance accordée dans l'institution grandirait au sein de catégories de populations peu coutumières de l'hôpital. Peut-être cette augmentation est-elle à mettre au compte d'une hausse des

avortements clandestins⁵⁶ dont il faudrait par la suite assurer les conséquences en milieu médical ? Il est possible aussi que la souffrance liée à des parties du corps qu'on n'osait pas montrer auparavant soit devenue moins supportable. Surtout l'idée doit se répandre que la médecine est désormais capable de soulager ces maux : comment interpréter différemment cet « anus choqué » chez ce comptable de 56 ans, ce « problème au rectum » chez cette blanchisseuse de 26 ans, masquant vraisemblablement des affections bénignes, ou cette « ecchymose des bourses » chez ce palefrenier de 35 ans hospitalisé deux jours seulement et chez lequel on devine l'accident professionnel.

Les intoxications et maladies reconnues comme professionnelles suggèrent en outre un lien de plus en plus net entre l'hôpital et une activité professionnelle à risque⁵⁷ : ainsi le saturnisme⁵⁸ est-il reconnu comme une maladie générale non épidémique et si en valeur absolue sa place est assez ténue dans notre échantillon, on peut néanmoins constater que sa proportion est toujours constante (autour de 3% des malades atteints d'une affection générale non épidémique) et qu'il atteint presque exclusivement les ouvriers du bâtiment⁵⁹. Cette maladie fait d'ailleurs partie des maux qui sont de plus en

⁵⁶ On constate notamment en 1911 à Lariboisière une hausse significative de la mention « avortement » (10% environ de la catégorie des « Naissances, accouchements » alors que la mention est pratiquement inexistante avant 1887). Il est impossible de savoir s'il s'agit d'un avortement provoqué à domicile par une faiseuse d'ange, contraignant ensuite la jeune femme à venir à l'hôpital pour des complications, ou bien d'un avortement pratiqué par les médecins de l'hôpital sur la demande des patientes. On a rarement la mention « avortement sur demande » mais elle existe. De plus, les mentions distinguent bien les cas de « fausse-couche » des « avortements ». Tout cela incite à penser que ces pratiques sont manifestement plus courantes que ce que l'époque laisse penser. Voir LE NAOUR J-Y, VALENTI C., *Histoire de l'avortement (...)*, op. cit., pp. 87 et suiv.

⁵⁷ Voir à ce sujet l'article d'Isabelle MORET-LESPINET « L'accueil des accidentés du travail par les hôpitaux parisiens autour de 1900 » in *Calatogue de l'Exposition « Les maux et les soins .» Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Paris, AAVP, 2007.

⁵⁸ Il s'agit d'un affaiblissement général de l'organisme lié au contact avec l'oxyde de plomb. Voir *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (...)* op. cit., article « Plomb » à la rubrique « Effets toxiques, empoisonnement aigu, étiologie », p. 507 et suiv.

⁵⁹ Ce que reconnaît du reste Bertillon qui, dans son étude sur la morbidité des professions, distingue dans les « professions exposées à l'intoxication saturnine » les plombiers, peintres en bâtiments vitriers, les rampistes, plafonneurs, parqueteurs, particulièrement touchés à Paris. Voir BERTILLON J., *De la morbidité et de la mortalité par professions*, tiré à part extrait de *l'Annuaire statistiques de la ville de Paris pour l'année 1889*, Paris, Imprimerie municipale, 1891, p. 29. Voir également COTTEREAU A., « Usure au travail (...) » art. cit., p91 et suiv.

plus mis en avant pour forger le concept de « maladie professionnelle », alors objet de discussion et d'une proposition de loi au Parlement, qui n'aboutit qu'en 1919 avec le vote de la loi qui étend le cadre des réparations prévues par loi de 1898⁶⁰ sur les accidents du travail, aux maladies professionnelles. On peut à cet égard mentionner l'action de l'Association nationale française pour la protection légale des travailleurs, au comité directeur duquel on trouve A. Millerand, A. Liébaut, R. Jay, A. Fontaine, l'Abbé Lemire, qui, dans les années précédant la Grande Guerre, définit ainsi les affections professionnelles :

« On appelle ordinairement maladies professionnelles les différents intoxications lentes qui atteignent certaines catégories d'ouvriers appelés, par l'exercice de leur métier à préparer, à manipuler, à utiliser des produits toxiques dont ils absorbent journellement des doses plus ou moins importantes. A la longue ces poisons industriels agissent de façon pernicieuse sur l'organisme de l'ouvrier, déterminant les affections les plus graves, entraînant des incapacités momentanées ou incurables, des incapacités de travail partielles ou complètes et parfois la mort de la victime. »⁶¹

Le saturnisme est d'ailleurs évoqué, même si l'anquilostomiase des mineurs⁶² est ici clairement visée par ces républicains de gauche, qui militent pour une reconnaissance des dangers induits par l'industrialisation et donc une prise en charge de leur maladie par leur employeur.

Ainsi, les malades n'ont-ils pas le même recours à l'hôpital suivant leur catégorie professionnelle. Les conditions de vie et de travail les rendent

⁶⁰ Il faut cependant rappeler la loi fondatrice dans ce domaine de la loi du 12 juin 1893, pour prévenir les dangers issus des machines dangereuses et les poussières industrielles.

⁶¹ LEBRETON L-J, député du Cher, *Les maladies professionnelles*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1911, p. 5.

⁶² Voir à ce sujet le numéro spécial de *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* sur 'L'argument démographique', n°95, juill.-sept. 2007 avec notamment la contribution de P.-A. ROSENTAL et J.-C. DEVINCK « Statistique et mort industrielle : la fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères de France de 1946 à nos jours », pp. 75-92. On doit également mentionner, dans un champ de recherche en plein renouvellement, l'ouvrage coordonné par C. OMNES ET A.-S. BRUNO, *La construction sociale de l'inaptitude au travail en Europe*, 2 vol., Paris, Ministère de la Recherche- Université de Paris X, 2002.

objectivement plus sensibles à certaines pathologies, plus résistantes à d'autres. Malgré ces quelques grandes généralités concernant les affections respiratoires et la tuberculose ainsi que les maladies des os et des articulations indiquant la dureté d'une vie en ville qui abîme les corps, la grande diversité des affections est à l'oeuvre pour les catégories les plus représentées que sont les ouvriers et les petits métiers par rapport à celle des employés ou des domestiques. La durée de séjour et la mortalité par catégorie professionnelle vont permettre de confirmer ce diagnostic.

3.2. *Des professions à risques ?*

Les durées de séjour indiquent des différences assez peu marquées et l'évolution générale tend vers un raccourcissement des durées d'hospitalisation comme l'indiquent les tableaux 24 à 26.

Tableau 24.
Durées de séjour des différentes catégories socio-professionnelles à Lariboisière en 1879, 1895 et 1911

	1879		1895		1911	
	moyenne	médiane	moyenne	médiane	moyenne	médiane
ouvriers	32,09	19	17,65	10	19,93	11
petits métiers	32,24	16	17,87	11	18,46	10
artisans, boutiquiers	23,6	14	19,75	12	19,43	12
domestiques et gens de maison	41,88	19	18,28	11	20,91	12
employés	36,5	22	17,9	12	20,38	11
professions libérales et intellectuelles	29,11	17	13,86	11	14,88	10
travailleurs agricoles	14	11	24,6	20	16,36	13
autres	/	/	14	14	8,25	3,5
inconnue, illisible	/	/	9,5	6,5	9,25	9,5
sans profession	44,58	22,5	22,87	13	23,01	10

Tableau 25.
Durées de séjour des différentes catégories socio-professionnelles
à Tenon en 1879, 1895 et 1911

	1879		1895		1911	
	moyenne	médiane	moyenne	médiane	moyenne	médiane
ouvriers	29,44	20	23,18	13	23,38	13
petits métiers	25,19	17	28,11	14	23,23	12
artisans, boutiquiers	28,5	15	20,54	14	21,69	12
domestiques et gens de maison	40,54	19	23,54	15	24,01	17,5
employés	40,12	18	21,86	12	27,24	14
professions libérales et intellectuelles	40,42	27	25,5	20,5	7,25	5
travailleurs agricoles	57	55,5	67,66	40	11,5	7,5
autres	28,66	31	4,5	4,5	10,75	11
inconnue, illisible	39,16	27	27	27	11,5	11,5
sans profession	31,25	15,5	21,53	13	25,19	14

Tableau 26.
Durées de séjour des différentes catégories socio-professionnelles
à l'Hôtel-Dieu en 1879, 1895 et 1911

	1879		1895		1911	
	moyenne	médiane	moyenne	médiane	moyenne	médiane
ouvriers	28,28	18	22,45	14	20,61	12
petits métiers	29,08	17	24,63	14	18,99	10
artisans, boutiquiers	20,42	14	20,03	10	19,2	9
domestiques et gens de maison	35,74	24	25,89	15	25,69	13
employés	63,31	27	35,21	16	30,55	12
professions libérales et intellectuelles	17,22	14	36,46	25	36,33	14
travailleurs agricoles	122,33	157	9,33	12	16,8	6
autres	/	/	9	8	21,25	15
inconnue, illisible	/	/	17,57	3	1	1
sans profession	39,23	21	20,52	18	25,81	14

Les travailleurs agricoles connaissent des irrégularités très fortes. Celles-ci sont liées à leur nombre absolu souvent infime au regard de la totalité des malades. La même remarque peut s'appliquer aux professions libérales et intellectuelles : ce groupe connaît la même tendance (sauf à l'Hôtel-Dieu) à la limitation de la durée de séjour, mais leur nombre total est souvent trop faible pour être réellement significatif. La durée de séjour moyenne est en diminution et passe de 40 à 19 jours en-dehors des catégories précédemment évoquées.

L'amplitude est la moins forte pour les artisans-boutiquiers comme s'ils ne venaient à l'hôpital que pour des besoins bien précis, et parce que sur eux repose la survie de la boutique. Les domestiques, dont on a déjà évoqué les conditions de logement souvent difficiles, restent souvent plutôt plus longtemps que les autres catégories à l'hôpital. Néanmoins ils connaissent aussi une diminution sensible de la durée d'hospitalisation et la fin de la période est marquée par une homogénéisation des durées de séjour.

Tableau 27.
Taux de mortalité des catégories socio-
professionnelles en 1879, 1895 et 1911

	1879			1895			1911		
	Lariboisière	Tenon	Hôtel-Dieu	Lariboisière	Tenon	Hôtel-Dieu	Lariboisière	Tenon	Hôtel-Dieu
ouvriers	14,98%	11,78%	15,60%	13,84%	28,91%	12,27%	5,14%	14,37%	10,20%
petits métiers	15,64%	13,66%	15,03%	13,27%	25,65%	15,70%	6,28%	12,53%	7,84%
artisans, boutiquiers	17,14%	12,50%	30,30%	20,73%	33,33%	15,25%	11,34%	18,42%	7,79%
domestiques et gens de maison	8,55%	11,39%	10,68%	5,60%	27,40%	12,21%	4,46%	9,30%	11,49%
employés	8,43%	12,50%	11,11%	9,38%	30,91%	12,66%	6,61%	6,76%	11,17%
professions libérales et intellectuelles	0,00%	14,29%	0,00%	8,11%	35,71%	33,33%	4,76%	0,00%	4,76%
travailleurs agricoles	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%	75,00%	0,00%	0,00%	25,00%	0,00%
autres	/	0,00%	/	0,00%	0,00%	14,29%	0,00%	0,00%	0,00%
inconnue, illisible	/	0,00%	/	12,50%	0,00%	28,57%	0,00%	0,00%	0,00%
sans profession	41,67%	14,58%	19,15%	10,49%	23,48%	16,25%	9,60%	16,06%	12,90%

Les ouvriers et les petits métiers connaissent des destins voisins : la médiane des durées de séjour passe de 20 à 18 jours à une dizaine de jours voire un peu plus sur la période : la durée du séjour est pratiquement divisée par deux. En examinant leur taux de décès, une symétrie est également

observable, exception faite de Tenon en 1895 où une morbidité assez élevée dans toutes les catégories s'explique par une année particulièrement meurtrière, à relier à la forte présence de la tuberculose et des affections respiratoires responsables de près de 70% des décès cette année-là. Ces deux catégories majoritaires à l'hôpital sont marquées par des taux de mortalité relativement faibles et en diminution globalement : ils se rendent à l'hôpital avec l'espoir assez sérieux de pouvoir en ressortir vivant, sinon guéri. Leurs affections sont donc peut-être moins sévères que celles dont souffrent d'autres catégories pour qui les durées de séjour sont plus longues et les taux de décès plus élevés. Ils recourent à l'hôpital assez naturellement et avec sans doute moins réticence que ne le font des employés et des artisans boutiquiers.

Beaucoup plus irrégulier se révèle le comportement des artisans boutiquiers face à l'hôpital : sans doute est-il lié à la grande variété des conditions de vie de cette catégorie, ainsi qu'à leur part plus faible dans les contingents de malades expliquant pour partie des grandes variations. Les durées de séjour (médiane) sont à peine différentes de celle des groupes précédents et elles ne diminuent que très peu. La mortalité est en revanche toujours supérieure à la moyenne de l'hôpital (sauf à l'Hôtel-Dieu en 1911) suggérant une venue à l'hôpital pour des maux graves ou sérieux. S'ils viennent assez peu à l'hôpital, l'usage en est l'urgence, la dernière extrémité, dans une conception plus médicale que sociale de l'hôpital. Surtout l'existence d'un fond de commerce, d'une petite affaire, ne les incitent ni à fréquenter l'hôpital ni à y séjourner autrement que par nécessité.

Les domestiques et les employés semblent rester davantage que les autres à l'hôpital : les durées moyennes vont de 36 à 40 jours en 1879 et de 20 à 30 jours en fin de période, quoique les médianes connaissent une sensible diminution. Pour ces deux catégories la fonction d'hébergement semble importante puisque les taux de décès assez faibles évoquent plutôt des venues à l'hôpital pour des causes invalidantes mais pas nécessairement fatales.

Les hospitalisations des sans professions s'échelonnent de 44 à 30 jours en 1879, pour aboutir à des durées de 23 à 35 jours en moyenne. Cette diminution qui concerne toutes les catégories est à mettre au compte de la nécessité pour

l'hôpital de réduire pour tous les patients les durées de séjour par mesure d'économie et pour accentuer la rotation des lits. À cet égard, les sans professions ne sont pas les plus mal lotis et il ne semble pas que l'institution les rejette plus que les autres, d'autant que beaucoup d'entre eux sont des femmes au foyer, mentionnées comme ménagères. Leur mortalité assez irrégulière, mais toujours plus élevée que la mortalité moyenne de l'établissement, suggère une hospitalisation pour des cas assez graves, identifiés comme causes suffisamment sévères pour laisser un ménage ou une famille dans le cas des ménagères - dont on a mis en évidence l'augmentation - au sein de cette catégorie.

Croiser les données socio-professionnelles des malades avec leur durée de séjour permet de mesurer la complexité du processus de l'hospitalisation au croisement des facteurs sociaux et médicaux. La part de chacun d'entre eux est difficile à appréhender à la seule lecture des registres d'entrée. Il est clair cependant que la venue à l'hôpital ne s'explique pas uniquement par l'un ou par l'autre de ces deux facteurs : l'inquiétude devant la maladie, mais aussi les difficultés pour se soigner à son domicile, dans un contexte où on met de plus en plus l'accent sur la prévention des maladies et le danger de contagion⁶³ incitent à se rendre dans un centre de soin qui accueille et héberge le malade pour un temps donné. Ce temps diminue, mais la pause accordée par le séjour hospitalier, les soins dispensés, les opérations pratiquées peuvent suffire à remettre le malade sur pied. L'hôpital devient peu à peu le lieu du soin, sinon de la guérison même temporaire pour la majorité des hospitalisés.

⁶³ NONNIS VIGILANTE S., « La construction sociale du malade contagieux. Enjeux scientifiques, politiques et culturels (XIX^e-XX^e siècles) » in BELMAS E., MICHEL M-J, *Corps, santé, Société*, Paris, Nolin, 2005, pp. 99-112.

Conclusion

Au fil de la période, l'hôpital s'est donc modernisé. Le deuxième XIX^e siècle précipite cette évolution dans une ville en pleine métamorphose et dont Napoléon III a voulu faire la nouvelle capitale de l'Europe continentale. Désormais lieu de soin et plus seulement refuge de la misère, l'hôpital a su s'adapter aux mutations sociales d'une capitale dans laquelle on attache plus d'importance à la santé des gens et à leur aptitude au travail. Au-delà, l'hôpital affiche aussi l'ambition de participer à l'encadrement médical de la population jusque dans les territoires les plus pauvres de Paris. Croiser les approches afin d'étudier la nature de ce renouvellement et la transformation de l'hôpital a été le pari de ce travail de recherche.

Dans un premier temps s'est imposée la transformation de l'hôpital au cœur de la ville, qu'ont reflétés les débats suscités par l'implantation de nouveaux établissements ou la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Ces questions, qui ne sont pas l'apanage des médecins et des hygiénistes, témoignent de l'importance accordée par les autorités à l'hôpital. C'est en effet à Paris, une des solutions avancées pour résoudre la question sociale, révélée par la Révolution de 1848 et amplifiée par l'arrivée des provinciaux attirés par les travaux d'Haussmann. La reconstruction de l'Hôtel-Dieu, toujours repoussée depuis la fin du XVIII^e siècle, est l'occasion de voir s'affronter les tenants d'un hôpital excentré, vaste et entouré d'espaces verts, et les partisans d'un hôpital traditionnel et charitable, qui doit demeurer auprès de Notre-Dame. Ces derniers l'emportent, mais l'édification de Lariboisière en 1854 et de Tenon en

1878 apparaît, à bien des égards, comme une alternative à un projet en proie à des attermolements sans fin. Ces trois hôpitaux témoignent pourtant de la pérennité d'un plan pavillonnaire, mis au point un siècle auparavant par le chirurgien Tenon et qui répond aux attentes des hygiénistes dans une société pré-pastorienne. La conception de ces hôpitaux les place à la pointe de la modernité, en distinguant les services, en utilisant des matériaux nobles et en bénéficiant d'un environnement plus salubre.

Les nouveaux hôpitaux dans leur quartier ont pu alors assurer leur mission de proximité. Dans des arrondissements excentrés, Lariboisière et Tenon permettent d'amarrer des quartiers encore en marge, après les annexions de 1860. Par le succès qu'ils rencontrent très vite, par l'offre de soins qu'ils assurent, ils montrent qu'on se préoccupe du niveau sanitaire et de la santé publique de quartiers populaires. Pour autant, l'hôpital coûte toujours cher et l'Assistance publique préfère stimuler le développement de la médecine à domicile, grâce aux Bureaux de bienfaisance. Mais, faute de conditions de logement décentes, la maladie n'autorise pas, dans la plupart des cas, d'autre solution que l'hospitalisation.

Du reste, la nouvelle gestion de l'institution révèle la rationalisation de la machine hospitalière au sein de l'Assistance publique. Après 1849 pourtant, la mise en place de cette administration particulière à la capitale ne marque pas une rupture avec la période précédente. On y retrouve en effet des fonctionnaires de l'ancien Conseil général des Hospices. La principale différence porte sur la création d'un poste de Directeur, dont la vocation est d'unifier la gestion de l'Assistance publique. Mais, sous le Second Empire, le préfet de la Seine Haussmann devient la clé de voûte du système, et le Directeur, en revanche, jouit d'une autonomie limitée. Sous la République, ce poste acquiert une dimension politique plus large, en particulier dans les années 1880, au moment où les tentatives de mainmise de la municipalité sur l'Assistance publique sont de plus en plus évidentes. L'AP résiste, mais son indépendance est singulièrement limitée par un conseil municipal très dirigiste. La laïcisation à l'œuvre dans les hôpitaux parisiens, dès le début des années 1880, témoigne de l'idéologie républicaine investie dans l'AP.

Au-delà, l'institution hospitalière s'organise de façon plus rationnelle. Elle supprime le système des admissions par le Bureau central qui ne répond plus aux attentes de plus en plus ciblées du public. Les consultations directes proposées par les différents établissements sont un moyen de plus en plus utilisé et elles n'entraînent pas toujours l'hospitalisation. Le succès de l'hôpital est donc manifeste, allant de pair avec sa spécialisation et la mise en place graduelle des progrès de la médecine et des soins délivrés. Les conditions de séjour, sans être parfaites, apparaissent nettement meilleures en comparaison de l'Ancien Régime.

Au chevet des malades, les transformations sont aussi importantes. Les registres d'entrées des hôpitaux, croisés avec les données de la démographie parisienne, ont permis d'étudier les réponses sociales et médicales que fournissait l'hôpital. L'hôpital de la fin du siècle est en effet un espace destiné non plus uniquement aux pauvres, mais plus largement au petit peuple de Paris. Certains schémas toutefois perdurent : l'isolement est un facteur prédisposant à l'hospitalisation, les hommes et les provinciaux d'origine y sont plus nombreux. Par ailleurs, les femmes n'hésitent plus à venir à l'hôpital, en particulier pour les maternités et le suivi de grossesse. Les individus mariés s'y rendent également en plus grand nombre et des catégories qui s'en écartaient – comme c'est le cas des employés et des professions libérales – y sont aussi plus présentes. Surtout, l'étude des maladies indique que l'hôpital prend en charge un grand nombre de maladies liées à des activités professionnelles pénibles, en particulier des affections respiratoires, mais aussi des traumatismes, des coups, des fractures. Par contre, les grandes épidémies ne frappent plus de la même manière les individus et, si ce n'est la part prévisible de la tuberculose, l'hôpital soigne et soulage désormais plus rapidement des maux mieux identifiés.

Soigner et guérir sont-elles en définitive les nouvelles fonctions de l'hôpital à l'aube du XX^e siècle ? La plupart des contemporains insistait sur les aspects négatifs de l'hôpital, sur l'épreuve que représentait le séjour dans ces salles communes froides, bruyantes, dans lesquelles les miasmes se transmettaient d'un patient à un autre. Plus rares sont les témoignages comme celui de Paul

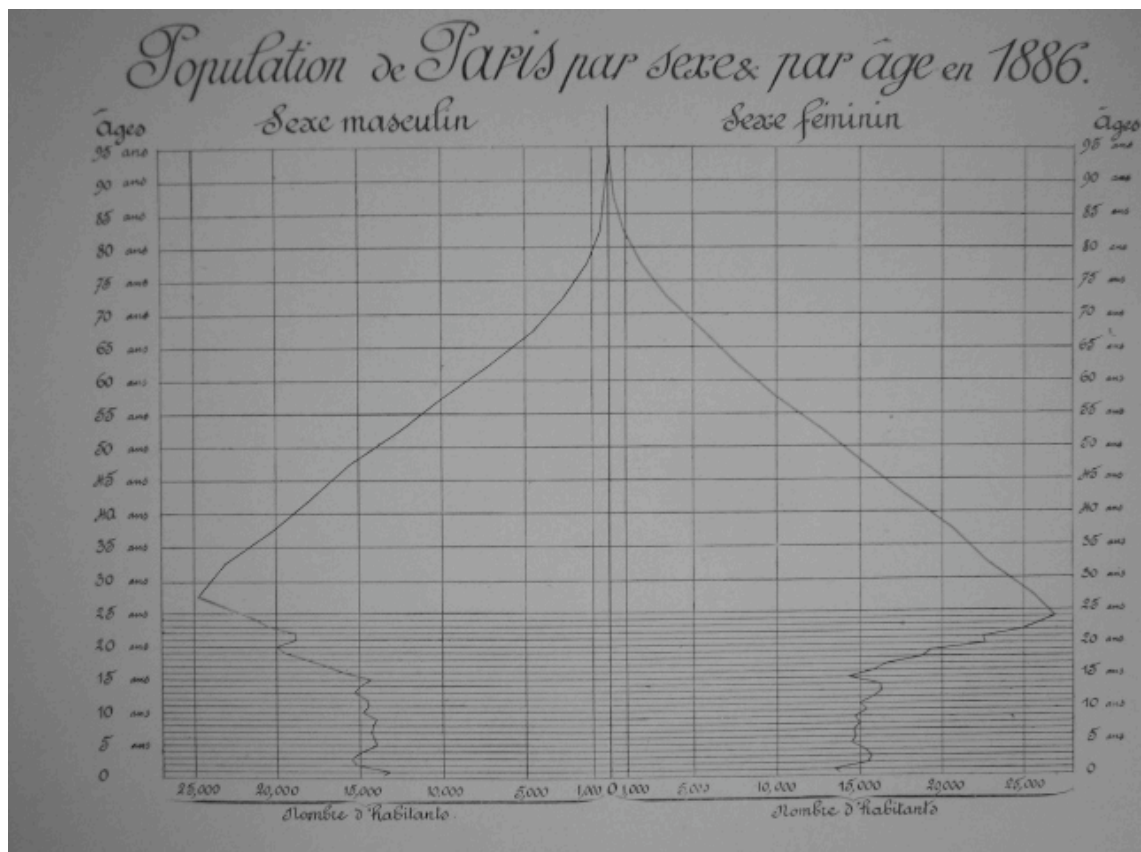
Verlaine qui, au cours de chroniques rédigées entre 1889 et 1891 sur commandes de certains journaux et publiées sous le titre *Mes hôpitaux* (1891) revient avec nostalgie sur ses séjours à l'hôpital :

« Que je fusse parfaitement heureux dans ce j'espère encore dernier hôpital, non. Seulement, j'y vécus un mois tranquille, tout aux soins charmants et délicats d'un parfait corps médical et du personnel subalterne le plus dévoué possible. Même les « camarades » étaient plaisants pour la plupart et cordiaux. [...] Or ça, mes hôpitaux de ces dernières années, adieu ! sinon au revoir ; alors, salut ! en tous cas ; j'ai vécu calme et laborieux chez vous. Je ne vous ai quittés l'un après l'autre que pour, en quelque sorte, vous regretter, et si que les plus tristement dénués de vos habitués, et mon juste instinct de bon citoyen ne voulant pas usurper des lits, hélas ! tant enviés par tant de pauvres gens, me précipitèrent souventes et souvent prématurées fois, hors de vos portes si bénies à l'arrivée, mais pas plus qu'à la sortie, soyez assurés, bons hôpitaux, qu'en dépit de toute monotonie nécessaire, de tout régime forcément sévère et de tous inconvénients inhérents, en définitive, à toute situation humaine, je vous garde un souvenir unique parmi tant d'autres remembrances, infiniment plus maussades, que la vie extérieure m'a fait, me fait encore et me fera subir, sans nul doute, encore et toujours. »¹

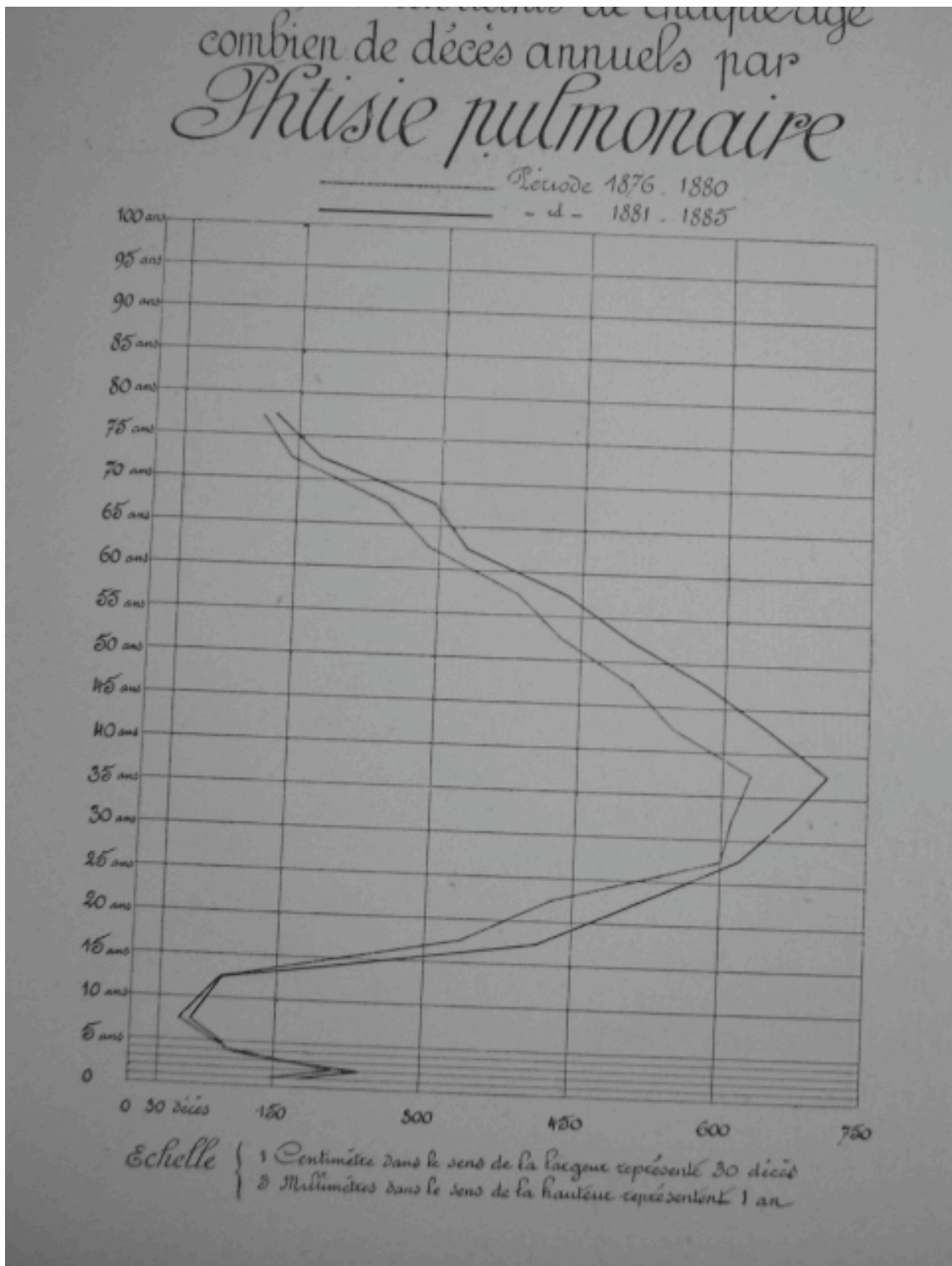
¹ VERLAINE Paul, *Mes hôpitaux*, Paris, 1891, rééd. Albert Messein éditeur, 1926, p. 62.

ANNEXES

1/ Pyramide des âges à Paris en 1886, extrait de BERTILLON J., *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris (1865-1887)*, Paris, Masson, 1889.



2/ Les décès annuels par phtisie pulmonaire (comparaison 1876-1880 et 1881-1885), extrait de BERTILLON J., *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris (1865-1887)*, Paris, Masson, 1889.



**4/ Des surveillantes et des sous-surveillantes posant avec le
Directeur (M. Gallet) et l'économe (M. Enjolras) de Lariboisière en
1888. AAP- C 660-II.**



5/ Une salle de malades femmes(médecine) à Lariboisière au début du siècle. AAP-C-660 II



6/ Le service des bains à Tenon, s. d., AAP 3Fi5



7/ Vue perspective de l'hôpital Tenon, s.l.s.d.,AAP C-660 II

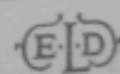


8/ La lingerie de l'hôpital Tenon, s.d.,

AAP-660 II



HOPITAL TENON — La Lingerie



9/ La salle de réunion du Conseil de surveillance

AAP-3Fi3



**Des élèves-infirmières de l'Assistance publique, démonstration
avec le mannequin, s.d., AAP 3Fi5**



20. ECOLE DES INFIRMIÈRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
Démonstration avec le mannequin

Des malades à Lariboisière

AAP 3Fi5



P. 9. HOPITAL LARIBOISIÈRE -- Le Préau des Malades (Hommes)

Une salle de consultation à Lariboisière

AAP3Fi5



L'entrée de l'Hôtel-Dieu au début du siècle

AAP 3Fi5



Vue de l'Hôtel-Dieu depuis Notre-Dame, AAP 3Fi5



SOURCES

I - Sources manuscrites

A/ Archives de l'Assistance publique :

1) *Le catalogue Fosseyeux : « un système de cotation incohérent ».*¹

Il s'agissait à l'origine du catalogue des manuscrits des archives de l'AP, publié en 1913, suite à la collecte des années 1902 à 1912. Initialement, le catalogue comprenait 136 numéros. Chaque numéro renvoie à une unité documentaire sans organisation d'ensemble, les pièces sont particulièrement éparses (fonds provenant de l'activité d'un hôpital, collections factices de notices historiques ou de rapports divers à l'origine plus ou moins connue).

Il n'y a pas formellement de cotation à l'intérieur de chaque unité documentaire et des sous-sections en liasses peuvent être déterminées sans correspondre pour autant à un ensemble homogène de documents. Au fil des années, ce qui était à l'origine un repérage sommaire de document s'est transformé en un système de cotation très hétéroclite : il existe aujourd'hui plus de 800 entrées Fosseyeux.

¹ RICHE S. & RIQUIER S., *Des hôpitaux à Paris (...), op. cit.*, p. 5

Ce système est peu maniable pour le chercheur car il rend indispensable la consultation dans son intégralité du catalogue Fosseyeux. Fort heureusement, il existe depuis 2000 un guide des sources fort pratique², qui n'exonère pas du recours à un inventaire relativement détaillé du catalogue, disponible en salle, sans oublier la consultation de répertoires spécifiques, sur tel ou tel numéro du Fosseyeux. Certains éléments ont par la suite été recotés : d'une part les registres d'entrées des hôpitaux précédemment cités, et d'autre part, des imprimés pour la plupart, que l'on trouve ci-dessous en C , en D ou en E suivi d'un nombre, replacés dans le fonds de la bibliothèque. Dans la mesure où il s'agit de document d'archives, et puisqu'ils appartenaient à l'origine au catalogue Fosseyeux, on a choisi de les indiquer dans cette partie, bien qu'il s'agisse de sources imprimées.

On a répertorié les archives et les documents en commençant par ce qui a trait à l'administration centrale, puis en reprenant établissement par établissement, dans l'ordre chronologique de leur ouverture.

Administration centrale :

FOSS 17

Composition de la commission administrative des hospices civils de Paris et du conseil général des hospices.

FOSS 29

Notes sur M. Husson (Directeur de l'Assistance publique de 1860 à 1870).

FOSS 33

Note sur le service de secours à domicile dans Paris (vers 1860).

FOSS 35

Stage hospitalier. Notes et circulaires diverses (1844-1862).

FOSS 38

Note sur la gestion du Conseil général des Hospices (rédigée par Husson).

FOSS 149

Pièces diverses sur l'organisation de l'Administration (an X-1849).

FOSS 152

Autographes d'agents ayant appartenu à l'Administration.

² RICHE S. & RIQUIER S., *Des hôpitaux à Paris. État des fonds des Archives de l'AP-HP XX^e-XX^e siècles*, Paris, AP-HP, 2000.

FOSS 158

Rapport sur les réformes et améliorations dans les services de l'administration pendant l'année 1853.

FOSS 551

Administration centrale. Registre des notes du personnel administratif (1848-1865)

FOSS 554

Administration centrale. Listes et état des personnels de l'administration. XIX^e siècle.

FOSS 559

Administration centrale. Nomination des membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique (1849-1930)

1^{ère} liasse (1849-1870), 2^e liasse (1871-1890), 3^e liasse (1890-1896)

FOSS 586

Imprimés publiés par l'Administration au XIX^e siècle.

11 liasses dont :

1/ Organisation de l'Assistance (1838-1908)

2/ Personnel. Pensions de retraite (1809-1871)

3/ Budget. Comptabilité (1822-1911)

4/ Service de santé. Hygiène (1802-1877)

11/ Établissements particuliers (1849-1864)

FOSS 589

Conseil de surveillance. Constitution, attributions, rapports présentés par le Conseil, minutes des rapports (2^e moitié du XIX^e s.)

5 liasses numérotés 589¹, 589², 589³, 589⁴, 589⁵.

FOSS 671

Papiers administratifs divers de 1871 à 1903

FOSS 717

Directeur de l'Assistance publique et secrétaires généraux.

1 chemise par Directeur.

FOSS 733

Statistiques (1840-1890) mortalité, consultation, lits, brancards.

FOSS 791/1

Municipalisation de l'Assistance publique

liasse 9 : projet de municipalisation de l'Assistance publique

liasse 10 : municipalisation de l'Assistance publique : documents divers

C-2128

Assistance publique. Rapports. Divers, notamment :

1/ Exposé des progrès et améliorations réalisés dans les services dépendants de l'Administration générale de l'Assistance publique du 1^{er} janvier 1852 au 31 décembre 1867, Paris, Dupont, 1872.

2/ Mémoire au Conseil de surveillance sur les créations et améliorations urgents que réclament les services hospitaliers et sur les voies et moyens nécessaires pour en assurer l'exécution, Paris, Dupont, 1870.

3/ Rapport au conseil municipal de Paris, par le Dr Ambroise Tardieu, membre du conseil, dans la séance du 24 mars 1864, au sujet du projet de reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu, Paris, De Mourgues Frères, 1865.

4/ Mémoire au Conseil de surveillance sur l'achèvement du nouvel Hôtel-Dieu, Paris, Dupont, 1872.

5/ L'Hôtel-Dieu devant le conseil municipal, Paris, Serrière et Cie, 1872.

6/ Note publiée en 1869 sur le projet d'un hôpital à édifier à Paris dans le 20^e arrondissement sur le coteau de Ménilmontant.

8/ Mémoire du Préfet de la Seine à la commission départementale sur l'admission dans les hôpitaux et hospices des malades des communes rurales suivi d'un rapport du directeur de l'Administration de l'Assistance publique sur la même question, Paris, Vinchon, 1852.

14/ Mémoire présenté au Conseil de surveillance dans sa séance du 15 avril 1852 au sujet du legs fait par Mme de Lariboisière.

Bureau central d'admissions

E-33

Exposé des travaux et observations pendant les trois mois dix jours de l'an XIV et l'année 1806, Paris, Imprimerie des Hospices, 1809.

FOSS 88

Dossier sur le Bureau central, pièces réunies au moment du premier projet de suppression 1877-1878

804 FOSS 32

Bureau central (16 dossiers)

Établissements

FOSS 19

Manuscrit sur l'histoire des hôpitaux.

LARIBOISIÈRE

➤ **Notice historique**

21 FOSS 1

Notes sur la construction de l'hôpital, les dénominations successives, les pavillons et la chapelle, le nombre de lits et le personnel, 1878.

➤ **Personnel**

804 FOSS 20

Dossier relatif à l'affaire Vidal pour exercice illégal de la médecine dans le service du docteur Gouguenheim, 1899.

➤ **Legs et donateurs.**

C-2158¹⁴

Mémoire présenté au conseil de surveillance, dans la séance du 15 avril 1852, au sujet du legs fait par Mme de Lariboisière, 1852.

C-2128¹⁵

Rapport de la commission chargée de l'examen des propositions contenues dans le mémoire de M. le Directeur au sujet du legs fait par Mme de Lariboisière, 1852.

804 FOSS 37/1

Pièces relatives à une plainte concernant le service du docteur Gouguenheim, 1901.

➤ **Documents figurés.**

751 FOSS 31

Photographies, 1906-1956

C-660. II

Collections d'images de l'établissement, 1912.

B-6057, D-922

Collections d'images relatives à l'hôpital Lariboisière, (s.d.)

TENON

➤ **Notice historique**

21 FOSS 1

Notes relatives au projet de construction d'un hôpital dans le nord-est de Paris, à l'acquisition d'un terrain, à l'inauguration et à la destination de l'établissement, 1878.

D-80

Rapport sur les services de l'hôpital Tenon en exécution de la circulaire du 5 février 1904, Ms, 1904, Signé Lory.

➤ **Documents figurés**

D-816, C-2186

Collection d'images relatives à l'hôpital Tenon, 1884-1890.

751 FOSS 50, 62, 64, 72, 76, 85, 86, 88, 89, 90

Photographies, 1911-1933.

C-660.II

Collection d'images de l'établissement, 1912.

HOTEL-DIEU

➤ **Notices historiques**

45 FOSS B/1/a-d

Rapports, extraits d'ouvrages et notes sur l'histoire, la fondation et la destination et la dotation de l'Hôtel-Dieu, XVII^e-XIX^e siècles.

707 FOSS 23

Note et mémoire anonymes relatifs à l'incendie et au déplacement de l'hôpital XVIII^e-XIX^e siècles.

21 FOSS 1

Notes sur le fonctionnement de l'ancien et du nouvel hôpital et sur les étapes du projet de reconstruction, 1878.

36 FOSS 1, 36 FOSS 2

Notes sur la fondation et la destination de l'hôpital des convalescents de l'Hôtel-Dieu au XIX^e siècle.

45 FOSS F

Copies de pièces d'archives, extraits d'ouvrages et de périodiques concernant l'établissement, XIXe siècle.

➤ **Administration**

151 FOSS 1

Note relative au service des accouchements, 1853.

➤ **Comptes**

737 FOSS 1

Statistiques relatives aux dépenses de prescriptions faites par les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu : montant des dépenses moyennes en pain, vin, lait, médicaments pour cent malades, 1837.

➤ **Domaine**

45 FOSS F

Notes prises sur les pièces brûlées en 1871, concernant entre autres les ponts et la salle du Légat aussi nommée salle Ste-Marthe, XIXe siècle.

➤ **Architecture et travaux**

D'une manière générale, il faut consulter le recueil D-234 pour tout ce qui concerne le déplacement et la reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu. On peut consulter par ailleurs les documents suivants.

735 FOSS 1

Programme de Davenne pour la construction d'un nouvel hôpital destiné à remplacer l'Hôtel-Dieu, 1853.

C-2128⁴ 1 ; D-234²

Mémoire au conseil de surveillance sur l'achèvement du nouvel Hôtel-Dieu, 1872.

D-234¹, ms.

Mémoire au conseil de préfecture concernant la construction du nouvel Hôtel-Dieu, 1878.

45 FOSS F

Notes prises sur les pièces brûlées en 1871 relatives à la construction de l'hôpital, XIXe siècle.

➤ **Documents figurés**

C-660. I ; C-661. I.

Collections d'images de l'établissement, XIX^e-1912.

751 FOSS 26

Photographies, 1900-1958.

2) Cadre de classement alphabétique

Le cadre de classement alphabétique est plus récent que le catalogue Fosseyeux. Il date de 1968 et a été inauguré par Marcel Candille, chef du service des archives de 1950 à 1973. Il a dans un premier temps été utilisé pour les registres des hôpitaux (répertoires et registres d'entrées des patients), puis s'est étendu à d'autres types de sources.

2.1 L'administration des établissements.

Comptes moraux (série 3M) : dépenses et activités des établissements

1851 : 3M1

1855 : 3M5

1863 : 3M3

1871 : 3M21

1879 : 3M30

1887 : 3M38

1895 : 3M46

1903 : 3M53

1911 : 3M60

1913 : 3M62

Avis, plunitifs et minutes et procès-verbaux des Conseils de surveillance (série 1L)

1L1 à 1L15 (1849 à 1880) dépouillés intégralement.

Ensuite sondages correspondant aux années de dépouillement des registres :

1887 : 1L22 et 1L23

1895 : 1L30 et 1L31

1903 : 1L38 et 1L39

1911 : 1L46 et 1L47

Répertoires des commissions (lac.)

5L1 : répertoire des commissions (21 septembre 1871-11 avril 1878)

5L2 : répertoire des avis (21 septembre 1871-20 juin 1878)

6L1 : commission du budget (17 juin 1886-27 juillet 1887)

7L1 : nomination au Conseil avec un répertoire par catégorie (9 septembre 1871-27 mars 1878)

Recueil des arrêtés, instructions et circulaires (RAC) série 1J.

Une table chronologique et une table thématique précèdent chaque recueil.

1849-1855 : 1J1

1856-1860 : 1J2

1861-1865 : 1J3

1866-1870 : 1J4

1871-1880 : 1J5

1881-1884 : 1J6

1885-1890 : 1J7

1891-1894 : 1J8

1895-1898 : 1J9

1897-1899 : 1J10

1900-1902 : 1J11

1903-1906 : 1J12

1907-1910 : 1J13

1911-1914 : 1J14

Historiques des hôpitaux

Ils ne sont produits par les hôpitaux qu'à partir de 1893 et sont manquants pour certaines années. Chaque année contient un compte-rendu de l'année passée pour chaque hôpital. (12 registres, lac.)

1893 : D-285

1894 : D-286

1895 : D-287

1900 : D-292

1906 : D-298

1907 : D-299

1908 : D-300

1909 : D-301

1910 : D-302

1911 : D-303

1912 : D-304

1913 : D-305

Suivi des hôpitaux (série 9L).

Il s'agit de récollements très hétérogènes par la nature des documents conservés, articles de presse, circulaires, rapports, courriers. Ils présentent un intérêt assez variable selon les hôpitaux. Un inventaire numérique détaillé existe en salle des archives de l'AP-HP.

Lariboisière

ADMINISTRATION ET REGLEMENTATION : 9L111

Activité et fonctionnement de l'établissement (1890-1959)

Adjudications et marchés (1893-1921)

Comptabilité (1894-1949)

Dénomination des lieux (1888-1918)

Dons et legs (1849-1921)

Fête et divertissement (1909-1938)

Mission et conférence (1908)

Règlement et instruction (1891-1956)

Visite de l'établissement (1898-1949)

TRAVAUX, HYGIENE ET SALUBRITE : 9L112

Hygiène et salubrité (1895-1897)

Travaux (1890-1957)

PERSONNEL : 9L112

Personnel administratif (1900-1901)

Personnel hospitalier et secondaire (1892-1947)

Personnel médical (1895-1937)

SERVICE GENERAUX HOSPITALIERS : 9L112

Services généraux (1893-1903)

Service hospitaliers (1893-1903)

POPULATION : 9L113 et 9L115

Malades hospitalisés (1867-1958)

CULTE : 9L115

Ministre du culte (1893-1898)

Tenon

ADMINISTRATION ET REGLEMENTATION : 9L150

Activité et fonctionnement de l'établissement (1867-1952)

Adjudications et marchés (1893-1921)

Comptabilité (1893-1913)

Domaine (1912-1914)

Dons et legs (1884-1904)

Fête et divertissement (1888-1905)

Visite de l'établissement (1890-1913)

TRAVAUX, HYGIENE ET SALUBRITE : 9L150

Hygiène et salubrité (1891-1900)

Travaux (1887-1930)

PERSONNEL : 9L150

Personnel administratif (1883-1901)

Personnel hospitalier et secondaire (1875-1955)

Personnel médical (1878-1920)

Personnel religieux (1875-1876)

SERVICE GENERAUX HOSPITALIERS : 9L151

Services généraux (1882-1901)

Service hospitaliers (1879-1978)

POPULATION : 9L151 à 153

Malades hospitalisés (1883-1959)

CULTE :

Ministre du culte (1903-1911)

Hôtel-Dieu

ADMINISTRATION ET REGLEMENTATION : 9L98

Activité et fonctionnement de l'établissement (1847-1958)

Adjudications et marchés (1873-1923)

Comptabilité (1866-1919)

Dénomination des lieux (1908-1969)

Documentation et publication (1859-1963)

Domaine (1879-1899)

Dons et legs (1904-1909)

Fête et divertissement (1902-1951)

Mission et conférence (1898-1904)

Patrimoine historique (1877-1958)

Règlement et instruction (1816-1942)

Visite de l'établissement (1865-1905)

TRAVAUX, HYGIENE ET SALUBRITE : 9L99

Hygiène et salubrité (1874-1959)

Travaux (1866-1957)

PERSONNEL : 9L99

Personnel administratif (1802-1896)

Personnel hospitalier et secondaire (1874-1956)

Personnel médical (1831-1957)

Personnel religieux (1880-1907)

SERVICE GENERAUX HOSPITALIERS : 9L99 et 100

Services généraux (1874-1957)

Service hospitaliers (1880-1959)

POPULATION : 9L101

Malades hospitalisés (1848-1945)

CULTE : 9L102

Lieu de culte (1913)

Ministre du culte (1881-1967)

Service religieux (1877-1914)

2.2 Malades

Registres des entrées de malades hospitalisés pour Lariboisière, Tenon et le nouvel Hôtel-Dieu (33 registres)

Lariboisière

1855 : 1Q2 3, 1Q2 4

1863 : 1Q20, 1Q2 21

1871 : 1Q2 37, 1Q2 38, 1Q2 39

1879 : 1Q2 53

1887 : 1Q2 78, 1Q2 79

1895 : 1Q2 78, 1Q2 79

1903 : 1Q2 96, 1Q2 97

1911 : 1Q2 112, 1Q2 113, 1Q2 114

Tenon

1879 : 490 W 218

1887 : 490 W 228

1895 : 490 W 242

1903 : 490 W 256, 490W 257, 490 W 258

1911 : 490 W 272, 490 W 273, 490 W 274

Hôtel-Dieu

1879 : 1Q2 281

1887 : 1Q2 289

1895 : 1Q2 297

1903 : 1Q2 305

1911 : 1Q2 313

Dossiers de plaintes contre les chefs de service (2 cartons)

Ils concernent l'ensemble des hôpitaux.

804 FOSS 36/1 (1868-1903)

804 FOSS 36/2 (1904-1912)

**Correspondance des directeurs d'hôpitaux avec l'administration
(lac.)**

Pour Lariboisière uniquement :

722W113 – Notes de l'administration (1895-1898). Un seul volume qui n'existe que pour cette période.

722W115 à 120 (1872-1900) – Correspondance de la Direction de l'hôpital.

B/ Archives de Paris

Administration départementale (préfecture de la Seine) :

D2X1 à 2 Assistance publique. Généralités.

Administration communale :

Conseil municipal

V3D1 1

Mémoire présenté à M. le Préfet de la Seine à la commission municipale, Paris, Vinchon, 1853.

Mémoire présenté à M. le Préfet de la Seine à la commission municipale, Paris, Vinchon, 1854.

Mémoire présenté à M. le Préfet de la Seine à la commission municipale, Paris, Vinchon, 1855.

Mémoire présenté à M. le Préfet de la Seine à la commission municipale, Paris, Vinchon, 1857.

Mémoire présenté à M. le Préfet de la Seine à la commission municipale, Paris, Vinchon, 1859.

Mémoire présenté à M. le Préfet de la Seine à la commission municipale, Paris, Vinchon, 1861.

Fonds des mairies

Le fonds des mairies a constitué l'essentiel des archives consultées aux Archives de Paris.

Section VI.6.1

Administration centrale. Hôpitaux. Hospices de vieillards. Maisons de convalescence.

Section VI.6.2

Administration communale. Mairies d'arrondissement.

V.D6 1242 : n°3. Formation du périmètre du nouvel Hôtel-Dieu et dégagements de ses abords (1864-1865).

Section VI.16.1

Administration communale. Construction et entretien des bâtiments publics.

Bâtiments publics

VM42/1 Généralités

VM42/4 Ancien Hôtel-Dieu, hôpital Tenon (...).

VM42/5 et VM42/6 Nouvel Hôtel-Dieu.

Voierie et travaux publics :

VO NC 326 Établissement d'un hôpital dans le 20^e arrondissement (Tenon) et formation de ses abords. Procédure d'expropriation. Emplacement de l'ancien Hôtel-Dieu. Échange de terrains entre la ville de Paris et l'assistance publique. Élargissement de la rue de la Bûcherie.

VO NC 333 Enquête du plan parcellaire. Dégagement des abords de la mairie du 20^e arrondissement.

Collection Blondel

D2Z1 Topographie de la banlieue. Assistance publique (1840-1910).

C/ Archives de la Préfecture de Police

Ces archives conservent quelques dossiers épars ayant trait à l'histoire hospitalière ou à la police sanitaire.

Série DA - Secours publics

DA39 Secours publics. Transports dans les hôpitaux de personnes atteintes de maladies contagieuses 1884-1891.

DA122 Choléra de 1832, création de commissions sanitaires, d'ambulances, de postes médicaux et travaux d'assainissement ; choléras de 1849, 1854, 1865-1866.

DA737 Assistance publique. Halles, achats en gros, 1853, 1931.

Série EB - Affaires diverses

EB106 Hôtel-Dieu – coupures de presse 1837-1984.

II/ Sources imprimées

A/ Archives de l'Assistance publique

Assistance publique

ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, *L'Assistance publique en 1900*, Montévrain, Imprimerie de l'école d'Alembert, 1900.

ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, *Cent ans d'assistance publique à Paris : 1849-1949*, Paris, Assistance publique, 1949.

BERTOIGNE Michel, *L'administration générale de l'Assistance publique à Paris. Ses services économiques, ses personnels hospitaliers et ouvrier*, Paris, Domat-Monchrestien, 1935.

BONDE Amédée, *Le domaine des hospices de Paris depuis la Révolution jusqu'à la Troisième République*, Paris, Berger-Levrault, 1906.

CHEVALIER Alexis, *Caractère obligatoire des subventions allouées sur l'octroi aux hospices et aux bureaux de bienfaisance*, Paris, Berger-Levrault, 1883.

Code administratif des hôpitaux civils, hospices et secours à domicile de la Ville de Paris, 3 tomes, Paris, Huzard, 1824-1825.

CROS-MAYREVIELLE, *Traité de l'Assistance hospitalière*, 3 vol., Paris, Berger-Levrault, 1912.

D'ECHERAC A. *L'Assistance publique. Ce qu'elle fut. Ce qu'elle est*, Paris, Steinheil, 1909.

FOSSEYEUX Marcel, *Inventaire des objets d'art appartenant à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris*, Paris, Berger-Levrault, 1910.

FOSSEYEUX Marcel, *Les grands travaux hospitaliers à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Berger-Levrault, 1912.

MARESCOT DU THILLEUL, *L'Assistance publique à Paris. Ses bienfaiteurs et sa fortune mobilière*, Paris, Berger-Levrault, 1904.

MONOD Henri, *L'Assistance publique en France en 1889*, Discours prononcé à l'ouverture du congrès international de l'Assistance publique à Paris le 28 juillet 1889, Paris, Imprimerie nouvelle, 1889.

Recueil des lois, ordonnances et décrets applicables à l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, Paris, Dupont, 1887.

TUETÉY Alexandre, *L'Assistance publique à Paris pendant la Révolution*, t. I à IV, Paris, Imprimerie nationale, 1845-1847.

TURQUAN, Victor, *Petit manuel de l'Assistance publique, des hospices, hôpitaux, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale (exécution de la loi du 15 juillet 1893)*, Paris, Dupont, 1894.

Hôpitaux

Lariboisière

Ouvrages et brochures.

ANCELET Gabriel-Paul, *Essai critique et historique sur la création et la transformation des maternités à Paris*, Paris, Steinheil, 1896.

DELAAGE, *Description et fonctionnement du service Civile à l'hôpital de Lariboisière*, Paris, Steinheil, 1901.

Documents à consulter sur la création d'un nouvel hôpital de 600 lits que l'administration municipale a proposé d'établir dans le quartier nord de la ville de Paris, Paris, Bailly, 1843.

GALLET Louis, *Un grand hôpital parisien en 1886, l'hôpital Lariboisière*, Paris, Steinheil, 1887.

GRASSI C., *Étude comparative de deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital Lariboisière*, Paris, Dupont, 1864.

GUERARD François, *L'hôpital Lariboisière. L'enclos Saint-Lazare*, Paris, Steinheil, 1888.

HUSSON Armand, *Étude sur les hôpitaux considérés sous le rapport de leur construction, de la distribution de leurs bâtiments, de l'ameublement, de l'hygiène et du service des salles de malades*, Paris, Dupont, 1862.

Notice sur l'hôpital Lariboisière ouvert à Paris en 1854, Paris, Dupont, 1863.

MARCHEBEUS, *Création d'un hôpital modèle à Paris. Exposé du plan de l'administration des hospices comparé à un nouveau système de constructions plus durables, plus économiques, et plus salubres que celui employé dans nos hôpitaux*, Paris, Guiraudet, 1844.

Opinion de M. Alexis Beau sur le projet de créer un hôpital de 600 lits dans le quartier nord de la ville de Paris, Paris, Bailly, 1843.

SEBILEAU Pierre, *Le service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière*, Paris, Lahure, 1907.

TRELAT Émile, PELIGOT Henri, *Examen comparatif des deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital Lariboisière. Rapport du 9 juin 1858*, Paris, Dupont, 1864.

VAILLANT C., *Le laboratoire de radiographie de l'hôpital Lariboisière et la radiographie dans les hôpitaux*, Paris, Malverge, 1902.

VILLANOVA J., *Deux consultations obstétricales de nourrissons : Lariboisière, 1906-1910 ; La Maternité, 1911-1912*, Paris, Levé, 1912

Articles

BOUDIN, « De la circulation de l'eau considérée comme moyen de chauffage et de ventilation des édifices publics », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, année 1852, pp. 34-92.

BOUDIN, « Nouvelles études sur le chauffage, la réfrigération et la ventilation des édifices publics », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, année 1853, pp. 346-380.

« Chauffage et ventilation de l'hôpital Lariboisière », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, année 1856, pp. 188-250 ; pp. 465-474.

« L'hôpital Lariboisière », *La Revue philanthropique*, année 1918, p. 539.

MORAX V., « Le service ophtalmologique de l'hôpital Lariboisière », *Annales d'oculistique*, décembre 1911, p. 172.

MORIN, « Des appareils à employer pour le contrôle du service de la ventilation dans les hôpitaux », *Gazette médicale de Paris*, année 1867, pp. 85-88.

PINARD A., « Hygiène des maternités », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, année 1887, pp. 541-544.

PINARD A., « Fonctionnement de la maternité Lariboisière et résultats obtenus en 1887-1888 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, année 1889, p. 423.

*Tenon***Brochure**

Notice sur l'hôpital de Ménilmontant. Paris, Grandremy et Henon, 1878.

Articles

BLONDEL B., DUTHIL P., DELOUR M., UZAN S., « Issue de la grossesse des femmes ayant une surveillance très faible », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°20, 24 mai 1993, pp. 89-90.

BOISSARD, DEVE, « La consultation de nourrissons de l'hôpital Tenon en 1903 », *L'Obstétrique*, juillet 1904.

ETIENNE Lucien, « Étude sur l'hôpital de Ménilmontant », *Archives générales de médecine*, janvier 1876.

*Hôtel-Dieu***Ouvrages, brochures**

BERTHET Elie, *Les cagnards de l'Hôtel-Dieu*, Paris, Dentu, 1879.

BILLAUDET Georges, *L'encombrement dans les hôpitaux de Paris*, Paris, Alfred Leclerc, 1908.

BOINET, *Quelques réflexions sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu*, Paris, Plon, 1864.

BROCA A., *Titres et travaux scientifiques*, Paris, Steinheil, 1912.

CAMUS Maurice, *Statistiques de la maternité de l'Hôtel-Dieu*, 1903, Saint-Dizier, Thévenot, 1904.

CARTON P., *Statistique de la Maternité de l'Hôtel-Dieu*, 1903.

CLAVAREAU A., *Mémoire sur les hôpitaux civils de Paris*, Paris, Prault, an XIII (1805).

COUVELAIRE A., *Maternité de l'Hôtel-Dieu. Service de Monsieur Champetier de Ribes*, Paris, Steinheil, 1899.

DE PIETRA SANTA Prosper, *L'Hôtel-Dieu de Paris, son passé, son avenir*, Paris, Baillière, 1867.

ESCHOLIER Raymond, *Les vieux hôpitaux français, l'Hôtel-Dieu*, Lyon, laboratoire Ciba, 1938.

GAUTHIER M., *L'Hôtel-Dieu et les sœurs Augustines*, Paris, Champion, 1908.

LACASSE Robert, *Statistiques de la maternité de L'Hôtel-Dieu*, 1904. Saint-Dizier, Thévenot, 1905.

LANQUINE Antonin, *Le vieil Hôtel-Dieu et Saint-Julien-le-Pauvre*, Paris, tiré à part de *Revue de l'art pour tous*, 1905.

LIUVILLE Henry, *Note pour l'enquête ouverte concernant l'emplacement du nouvel Hôtel-Dieu de Paris*, Paris, Renou et Maulde, 1864.

MAUGER Albert, *Simple notes sur l'organisation des secours publics à Paris*, Paris, H. Didier, 1905.

MONTEILLET T., *Le personnel hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Paris*, (s. l.), 1933.

Observations adressées à M. le Ministre de l'Intérieur, par les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Paris, sur le projet de destruction totale ou partielle de cet hôpital, Paris, Malteste, 1838.

C - 4805

Observations d'un ancien membre du conseil général des hôpitaux, sur un projet de supprimer en tout ou en partie l'Hôtel-Dieu sur la rive gauche de la Seine, Paris, Malteste, (s.d.).

A- 21698

Opération du nouvel Hôtel-Dieu. Note sur la question de savoir si, du chef de cette opération, l'Assistance publique est actuellement débitrice envers la Ville de Paris d'une somme quelconque, Paris, Grandremy et Henon, 1881.

D – 2345

Opération du nouvel Hôtel-Dieu. Note sur la question de savoir si, du chef de cette opération, l'Assistance publique est actuellement débitrice envers la Ville de Paris d'une somme quelconque qui pourrait servir de soulte dans un échange d'immeubles entre les deux administrations, Paris, Grandremy et Henon, 1881.

D – 2346

Projet d'organisation des hôpitaux et hospices civils de Paris, Paris, Furne, 1848.

B – 106

Rapport de la commission chargée d'établir le projet de cession de l'État à la Ville de Paris des bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu (rive gauche) et de ses dépendances, Paris, Grandremy et Henon, 1879.

D – 2344

Rapport présenté au nom de la commission du conseil chargée de l'examen préalable des divers projets de modification des bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu, Paris, Dupont, 1873.

D – 2343

SELLIER Charles, *Anciens hôtels de Paris*, Paris, Champion, 1910.

Articles

BOINET, « Lettres sur les nouvelles constructions de l'Hôtel-Dieu de Paris », *Gazette médicale de Paris*, année 1839, pp. 657-664.

BROCHIN, « L'Hôtel-Dieu », *Gazette des hôpitaux militaires*, année 1877, pp. 849-851.

« Ce qui reste de l'ancien Hôtel-Dieu », *La France médicale*, année 1903, pp. 349-354.

COISEL A., « Le nouvel Hôtel-Dieu, étude », *Moniteur des architectes*, n°11 et 12, décembre 1877.

GILBERT A., « La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris », *Paris médical*, année 1910, pp. 3-20.

GUERIN Jules, « Hôtel-Dieu de Paris. Sa démolition », *Gazette médicale de Paris*, 1838, pp. 529-539.

GUERIN Jules, « Discussion sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu », *Gazette médicale de Paris*, 1864, pp. 801-803.

HAUDUROY Paul, « Histoire des salles d'opération chirurgicales », *Revue d'hygiène*, 1938, pp. 338-347.

HENARD Robert, « Les cagnards de l'Hôtel-Dieu », *La France médicale*, 1902, pp. 301-307.

« La question de l'Hôtel-Dieu », *Gazette médicale de Paris*, année 1872, p. 368.

« La salle d'autopsie de l'Hôtel-Dieu », *La Cité*, année 1907, p. 703.

« La ventilation du nouvel Hôtel-Dieu », *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, année 1879, p. 893-894.

« Les hôpitaux à Paris depuis le XVII^e siècle. Du vieil Hôtel-Dieu au nouveau Beaujon », *La Nouvelle Revue*, 1935, n°543, pp. 81-97 ; n° 545, pp. 279-286

LE DENTU Jean, « Un coin de l'ancien Hôtel-Dieu », *La France médicale*, année 1904, p. 15.

MAC-AULIFFE L., PREVOST A., « Étude historique sur l'enseignement clinique à Paris, 1562-1902 », *La France médicale*, année 1902, pp. 384-387, p. 408, p. 444.

MENEGAUX G., « L'Hôtel-Dieu de Paris et ses chirurgiens », *La presse médicale*, 1956, n°94, pp. 15-30.

POUMET J.Y., « Mémoire sur la ventilation dans les hôpitaux », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1844, pp. 22-26.

REVILLOUT Victor, « Condamnation du nouvel Hôtel-Dieu », *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, année 1872, p. 25.

TESSON M., « Visite de l'ancien bâtiment de l'Hôtel-Dieu », *Commission municipale du Vieux-Paris*, 1903, pp. 126-133.

VACQUER T., « Découverte opérée à l'Hôtel-Dieu le 18 septembre 1877 », *Bulletin de la société d'histoire de Paris l'Île de France*, 1877, n°4, pp. 155-156.

VALLERY-RADOT Pierre, « L'ancien Hôtel-Dieu », *La presse médicale*, 1947, n°37, pp. 431-432.

VALLERY-RADOT Pierre, « L'Hôtel-Dieu de Paris », *La presse médicale*, 1948, n°43, pp. 527-528.

B/ Fonds de la Bibliothèque administrative de Paris

Publications en série

- *Procès-verbaux de la commission départementale de la Seine* (annuels)
- *Recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine* (annuels)

Mémoires et rapports de la préfecture de la Seine

- *Mémoire du préfet de la Seine à la commission municipale sur le budget de l'administration de l'Assistance publique à Paris pour l'exercice 1853*, Paris, Vinchon, 1852, 32 p.
- *Mémoire du préfet de la Seine présenté à la commission départementale sur l'admission dans les hôpitaux et hospices des malades des communes rurales, suivi d'un rapport du directeur de l'administration de l'Assistance publique sur la même question*, Paris, Vinchon, 1852, 31 p.
- *Mémoire du préfet de la Seine à la commission municipale de l'administration de l'Assistance publique pour l'exercice 1853*, Paris, Vinchon, 1854, 59 p.
- *Mémoire du préfet de la Seine à la commission municipale de l'administration de l'Assistance publique pour l'exercice 1854*, Paris, Vinchon, 1855, 63 p.
- *Recueil des actes administratifs de la préfecture du département de la Seine*, Paris, Dupont, 1855, 570 p.
- *Recueil des actes administratifs de la préfecture du département de la Seine*, Paris, Dupont, 1857, 252 p.

C/ Archives de la Préfecture de Police

Ces archives se sont révélées utiles pour la consultation des textes réglementaires sur la prévention des maladies. On a parcouru essentiellement les *Règlements des commissaires et préfets concernant l'hygiène, la salubrité et la bienfaisance (1860-1910)*.

D/ Bibliothèque historique de la Ville de Paris.

Statistiques sur la bienfaisance et les hôpitaux

On a consulté des rapports publiés par l'Assistance publique et dont on n'a pas trouvé la trace aux archives de l'Assistance publique.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *Statistique médicale des hôpitaux*, années 1861-1864, tome I-IV, Paris, Dupont, 1867.

On a également consulté les études suivantes :

Situation administrative et financière des hôpitaux et hospices de l'Empire, Paris, Imprimerie impériale, 2 vol., 1869

WATTEVILLE, A. de, *Essai statistique sur les établissements de bienfaisance*, Paris, Héris, 1846

WATTEVILLE A. de, *Rapport à M. le Ministre de l'Intérieur sur l'administration des hôpitaux et des hospices*, Paris, Imprimerie nationale, 1851.

WATTEVILLE, A. de, *Statistique des établissements de bienfaisance. Rapport à son excellence le ministre de l'Intérieur sur la situation du paupérisme en France et sur l'administration des secours à domicile*, Paris, Dupont, 1855

Statistiques parisiennes

LOUA T, *Atlas statistique de la population de Paris*, Paris, Dejeu & Cie, 1873.

Recueils statistiques, publiés par le service de la statistique municipale dirigé par J. Bertillon.

- *Résultats statistiques du dénombrement de 1881 pour la ville de Paris*, Paris, Masson, 1884.
- *Résultats statistiques du dénombrement de 1886 pour la ville de Paris*, Paris, Masson, 1887.
- *Résultats statistiques du dénombrement de 1891 pour la ville de Paris*, Paris, Masson, 1894.
- *Résultats statistiques du dénombrement de 1896 pour la ville de Paris*, Paris, Masson, 1899.

Ensuite les dénombrements sont publiés, beaucoup plus succinctement à l'intérieur des volumes des *Annuaire statistiques pour la ville de Paris*. Celui de 1901 est paru dans :

- *Annuaire statistique pour la ville de Paris pour 1901*, Paris, Imprimerie municipale, 1903.

L'analyse du dénombrement de 1906 est publié dans :

- *Annuaire statistique pour la ville de Paris pour 1905*, Paris, Imprimerie municipale, 1907.

L'analyse du dénombrement de 1911 est publié dans :

- *Annuaire statistique pour la ville de Paris pour 1911*, Paris, Imprimerie municipale, 1912.

Enfin ce recueil paru à l'occasion de l'exposition universelle de 1889 a été fort utile.

BERTILLON J., *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies à Paris (1865-1887)*, Paris, Masson, 1889

BIBLIOGRAPHIE

Instruments de bibliographie et de recherche

CANDILLE Marcel, *Bibliographie d'histoire des hôpitaux XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Société des amis de l'Assistance publique, 1957, poursuivie dans le *Bulletin de la société française d'histoire des hôpitaux*.

RICHE Sophie & RIQUIER Sylvain, *Des hôpitaux à Paris. État des fonds des archives de l'AP-HP (XII^e-XX^e siècle)*, Paris, AP-HP/Doin, 2000.

Dictionnaires et encyclopédies

Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens, Paris, Panckouke, 1812-1822, 60 vol.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, Paris, Gabon, Méquignon, Baillière, 1829-1836, 15 vol.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, sous la direction du Dr Jaccoud, Paris, Baillière, 1864-1886, 40 vol.

Les gens de médecine vus au milieu du XIX^e siècle, Paris, Errance, 1982. Il s'agit du fac-similé de l'ouvrage *Les Français peints par eux-mêmes*, Paris, L. Carmer, 1841-1842.

Histoire générale

ARIES Philippe, *Histoire des populations françaises et leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^e siècle*, Paris, Ed. du Seuil, 1971.

ARIES Philippe, *L'homme devant la mort*, Paris, Ed du Seuil, 1977.

BRAUDEL Fernand, LABROUSSE Ernest, *Histoire économique et sociale de la France*, t.3, *L'avènement de l'ère industrielle*, 2 vol., Paris, PUF, 1976 ; t. 4, *L'ère industrielle et la société d'aujourd'hui*, 1 vol., PUF, 1979.

DUPAQUIER Jacques (dir), *Histoire de la population française t. III, 1789-1914*, Paris, PUF, 1988.

LEQUIN Yves, *Histoire des Français XIX^e-XX^e siècles*, 3 vol., Paris, A. Colin, 1983-1984.

Histoire de l'Assistance publique et des institutions d'assistance

BEC Colette, *Assistance et République. La recherche d'un nouveau contrat social sous la III^e République*, Paris, Les Éd. de l'Atelier / Ed. ouvrières, 1994.

GUESLIN, André, et GUILLAUME, Pierre, *De la charité médiévale à la Sécurité sociale, Economie de la protection sociale du Moyen Âge à l'époque contemporaine*, Paris, Les Éditions Ouvrières, 1992.

DUPONT Marc, *L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris : organisation administrative et médicale*, Paris, AP-HP / Doin, 1998.

DUPONT Marc, SALAÜN Françoise, *L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris*, Paris, PUF, Que sais-je ? n° 3505, 1999.

GARDIE Alphonse, « L'organisation générale de l'Assistance publique à Paris », Paris, *Revue générale de l'Assistance publique à Paris*, 1955, pp. 9-18.

HILDESHEIMER, Françoise, *L'Assistance hospitalière en France*, Paris, Albin Michel, 1992.

ICHOK, G., *Recueil des textes officiels concernant la protection de la santé publique*, Paris, Imprimerie nationale, tome I (1790-1830), 1938; tome II (1831-1870), 1939 ; tome III (1870-1900), 1939.

MAREC Yannick, *Le Clou rouennais : des origines à nos jours (1778-1982). Du mont-de-Piété au Crédit municipal, contribution à l'histoire de la pauvreté en province*, Rouen, Ed. du P'tit Normand, 1983.

MAREC Yannick, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, La Documentation française, 2002, 2 t.

MAREC Yannick, *Pauvreté et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Rennes, PUR, 2006.

RENARD, Didier, « Un siècle d'assistance républicaine », *Table ronde du centenaire de la loi du 15 juillet 1893 instituant l'Aide médicale gratuite*, Grenoble, CERAT, 14 et 15 décembre 1993.

ROCHAIX Maurice, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Saintes, Imp. Delavaud, 1959.

ROCHAIX Maurice, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Paris, Berger-Levrault, 1996.

ROUSSIN Georges, *L'Assistance publique à Paris de 1820 à 1945 : quelques aspects du prix de revient hospitalier*, Mémoire de l'EPHE, dactyl., 1964.

Histoire des hôpitaux

Histoire de l'institution hospitalière

BORSA Serge, MICHEL Claude-René, *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1985.

BRANCA Patricia (ed), *The medicine show*, New-York, 1977.

BRIDGMAN R.F., *L'hôpital et la cité*, Paris, Ed. du Cosmos, 1963.

« *Demain sera meilleur...* ». *Hôpital et utopies*, Catalogue de l'exposition du Musée de l'AP-HP (19 septembre 2001—17 mars 2002), Paris, Musée de l'AP-HP/Doin, 2001.

Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres, Catalogue de l'exposition du Musée de l'AP-HP (24 octobre 1996—2 mars 1997), Paris, Musée de l'AP-HP/Doin, 1996.

DOMIN, Jean-Paul, *Les dépenses hospitalières entre 1803 et 1993. Dynamiques hospitalières et cycles longs*, Thèse de Doctorat en Sciences Économiques, Paris I, 1998.

FREIDSON E., *The hospital in modern society*, London, Macmillan, 1963.

FAURE Olivier, « L'hôpital et la médicalisation au début du XIX^e siècle (1800-1830) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, n°86, 1979, pp. 277-290.

FAURE Olivier, « Les classes populaires face à l'hôpital à Lyon au XIX^e siècle », *Cahiers d'histoire*, n°3, 1981, pp. 259-269.

FAURE Olivier, *Genèse de l'hôpital moderne. Les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*, Paris, Ed du CNRS – Presses universitaires de Lyon, 1982.

FAURE Olivier, *La médicalisation de la société lyonnaise (1800-1914)*, thèse d'État, Lyon II, 1989.

FOUCAULT Michel (dir), *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Dossiers et documents d'architecture. Institut de l'environnement, 1976.

GARDEN Maurice, *Histoire économique d'une grande entreprise de santé. Le budget des hospices civils de Lyon 1800-1976*, Lyon, PUL, 1980.

GRANSHAW Lindsay, PORTER Roy (ed), *The hospital history*, London, Routledge, 1989.

L'hôpital et l'enfant : l'hôpital autrement ?... (XIX^e-XX^e siècles), Catalogue de l'exposition du Musée de l'AP-HP (2 février-31 juillet 2005), Paris, Musée de l'AP-HP/ed. ENSP, 2005.

IMBERT Jean, *Le droit hospitalier de la Révolution et de l'Empire*, Paris, Sirey, 1954.

IMBERT Jean, *Les hôpitaux en France*, Paris, PUF, 1958.

IMBERT Jean, « L'Assistance publique à Paris de la Révolution française à 1977 », in EPHE, *L'Administration de Paris (1789-1977)*, Actes du colloque du Conseil d'État du 6 mai 1978, Paris, Champion, 1979.

IMBERT Jean, *Histoire des hôpitaux*, Paris, Privat, 1982.

IMBERT Jean, *Les hôpitaux en France*, Paris, PUF, Que sais-je ? n° 795, 6^e ed., 1994.

JEORGER Muriel, « Les enquêtes hospitalières au XVIII^e siècle », *Bulletin de la Société française d'histoire des hôpitaux*, 1975, pp. 31-51.

JEORGER Muriel, « La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime », *Annales E. S. C.*, n°5, 1977, pp. 1025-1052.

LALOUETTE Jacqueline (dir), *L'hôpital entre religions et laïcité, du Moyen âge à nos jours*, Paris, Letouzey et Ané, 2006.

MAREC Yannick (dir), *Les hôpitaux de Rouen du Moyen âge à nos jours*, Rouen, Ed PTC, 2005.

Les maux et les soins. Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle. Catalogue de l'exposition de l'Action Artistique de la Ville de Paris (19 juillet-28 août 2007), Paris, AAVP, 2007

Ordre et désordre à l'hôpital. L'internat en médecine (1802-2002), Catalogue de l'exposition du Musée de l'AP (15 novembre 2002 – 25 mai 2003), Paris, Musée AP-HP, 2002.

PEISER Gustave, *L'administration de l'Assistance publique à Paris en 1848 et au début de 1849*, Mémoire de DES d'histoire du droit, dactyl., Université de Nancy, 1955.

RESSE Laurent, « La mutation du financement hospitalier au XVIII^e siècle : l'exemple havrais », *Économie, Société et Civilisation pendant la Révolution française*, n°1, 1992, pp. 79-88.

STEUDLER François, *L'hôpital en observation*, Paris, A. Colin, 1974.

SALAÜN Françoise (dir), *Accueillir et soigner, l'AP-HP 150 ans d'histoire*, Paris, AP-HP/Doin, 1999.

SAINTE-FARE GARNOT Nicolas, *L'architecture hospitalière au XIX^e siècle. L'exemple parisien*, Les dossiers du musée d'Orsay n° 27, Paris, Ed. de la Réunion des musées nationaux, 1988.

VOGEL Morris J., *The invention of the modern hospital, Boston, 1870-1930*, Chicago, Chicago University Press, 1980.

Histoire des populations hospitalisées

COMITI Vincent Pierre, « Répartition des malades et des maladies dans les hôpitaux et hospices parisiens au XVIII^e siècle », in *La médecine hospitalière française au XVIII^e siècle*, Strasbourg, 1980, pp. 97-108.

DESSERTINE Dominique et FAURE Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^e et XX^e siècles*, Lyon, Programme Rhône-Alpes Recherches en sciences humaines, 1991.

DESERT Gabriel, *Les archives hospitalières, source d'histoire économique et sociale*, Caen, Cahiers des annales de Normandie, 1977.

DINET-LECOMTE Claude, « Recherches sur la clientèle hospitalière aux XVII^e et XVIII^e siècles. L'exemple de Blois », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, juillet-septembre 1986, pp. 345-373.

JONES Colin, « The social functions of the hospitals in the 18th century France : the case of the Hôtel-dieu de Nîmes », *French Historical Studies*, n°2, 1983, pp. 172-214.

MARTIN François et PERROT François, « Les populations de l'Hôtel-dieu de Meaux à la fin du XVII^e siècle », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, juillet-septembre 1988, pp. 471-481.

PONS Giorgio, *Essai de sociologie des malades dans les hôpitaux de Paris pendant les années 1815-1848*, Zurich, Juris-Druck, Verlag Zurich, 1969.

La médecine hospitalière

ACKERKNECHT Erwin Heinz, *Medicine at the Paris hospital (1794-1848)*, Baltimore, The John Hopkins Press, 1967.

BEAUXVALET-BOUTOUYRIE Scarlett, *Naître à l'hôpital au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

BOULLE Lydie, « La médicalisation des hôpitaux parisiens dans la première moitié du XIX^e siècle » in GOUBERT Jean-Pierre (dir), *La médicalisation de la société française 1770-1830*, Waterloo, Ontario, Historical reflections Press, 1982, pp. 33-44.

BOULLE Lydie, *Hôpitaux parisiens, malades et maladies à l'heure des révolutions*, 3 tomes, thèse de 3^e cycle, Paris I, 1986.

BUELTZINGSLOEWEN Isabelle Von, *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande (1730-1850)*, Lyon, PUL, 1997.

IMBAULT-HUARD Marie-José, *L'École 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^e et au début du XIX^e siècle*, thèse d'État, Paris I, 1975.

IMBAULT-HUARD Marie-José, « L'hôpital, centre d'une nouvelle médecine (1780-1830) », in *Zusammenhaug Festschrift für Marielene Putscher*, Köln, 1984, tome II, pp. 581-603.

La médecine hospitalière française au XVIII^e siècle, Colloque de l'Institut d'histoire de la médecine et de la pharmacie de l'Université René-Descartes de Paris, (1977), Strasbourg, 1980.

PORTER Roy & WEAR Andrew (ed), *Problems and methods in the history of medicine*, London, Croom & Helm, 1987.

VOLDMANN Danièle, « Laboratoires précurseurs : les hôpitaux militaires au siècle des Lumières », *Monuments historiques*, n°114, 1981, pp. 25-33.

WIRIOT M. *L'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris entre 1794 et 1848*, Paris, Chaumès, 1970.

Les personnels

CHEVANDIER Christian, *Les métiers de l'hôpital*, Paris, La Découverte, 1997.

KNIBIELHER Yvonne, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, 1984.

LEROUX-HUGON Véronique, *Des saintes laïques : les infirmières à l'aube de la III^e République*, Paris, Sciences en situation, 1992.

ROUSSET, Vincent et SPADONI, Yvette (dir), *Des femmes, des hommes un hôpital : le personnel de l'AP-HP témoigne*, coll « Histoire des hôpitaux », Paris, AP-HP/Doin, 1999.

Histoire de la médecine et des médecins

CAROL Anne, *Les médecins et la mort XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Aubier, 2004.

COURY Charles, *L'enseignement de la médecine en France des origines à nos jours*, Paris, L'expansion scientifique française, 1968.

GUILLAUME Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1995.

FAURE Olivier, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993.

FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos-Economica, 1994.

FOUCAULT Michel, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963.

LEONARD Jacques, *Les médecins de l'Ouest au XIX^e siècle*, Paris, Champion, 1978, 3 tomes.

LEONARD Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977.

LEONARD Jacques, *La France médicale au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, 1978.

LEONARD Jacques, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle*, Paris, Aubier, 1981.

POIRIER Jacques & SALAÜN Françoise, *Médecin ou malade ? La médecine en France aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Masson, 2001.

PECKER André (dir), *La médecine à Paris du XIII^e au XX^e siècle*, Paris, Hervas, 1990.

SOURNIA Jean-Charles, *Histoire et médecine*, Paris Fayard, 1982.

SOURNIA Jean-Charles & RUFFIE Jean, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, Paris, Flammarion, 1984.

Histoire des soins et des pratiques sanitaires

BELMAS E., MICHEL M-J, *Corps, santé, société*, Paris, Nolin, 2005.

BOURDELAIS Patrice, RAULOT Jean-Yves, *Une peur bleue, histoire du choléra en France au XIX^e siècle*, Paris, Payot, 1987.

BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2001.

BOURDELAIS Patrice & FAURE Olivier (dir), *Les nouvelles pratiques de santé. Acteurs, objets, logiques sociales (XVIII^e – XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2004.

CANDILLE Marcel, « Les soins en France au XIX^e siècle », *Bulletin de la SFHH*, n°28, 1973, pp. 33-77.

CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges (dir), *Histoire du corps, tome 2, De la Révolution à la Grande Guerre*, Paris, Ed du Seuil, 2005.

DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose (1900-1940)*, Lyon, PUL, 1988.

GELIS Jacques, LAGET Mireille, MOREL Marie-France, *Entrer dans la vie : naissance et enfance dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard, 1978.

GUILLAUME P., *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècle*, Paris, Aubier, 1986.

JABLONKA Ivan, *Ni père, ni mère, Histoire des enfants de l'Assistance publique(1874-1939)*, Paris, Ed. du Seuil, 2006.

ROLLET Catherine, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, PUF, 1990.

ROLLET Catherine, *Les enfants au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 2001.

Histoire de Paris

BACKOUCHE Isabelle, *La trace du fleuve. La Seine et Paris (1750-1850)*, Paris Ed. de l'EHESS, 2000.

BOURILLON Florence, « Changer la ville. La question urbaine au milieu du XIX^e siècle », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, oct-décembre 1999, pp. 11-23.

BOURILLON Florence, « Grands travaux et dynamisme urbain : Paris sous le Second Empire » in *La terre et la cité, Mélanges offerts à Philippe Vigier*, textes réunis par A. FAURE, A. PLESSIS & J-C FARCY, Paris, Créaphis - Université de Paris X, 1994, pp. 139-166.

BRUNET Jean-Pierre « Constitution d'un espace urbain : Paris et sa banlieue de la fin du XIX^e siècle à 1940 », *Annales E.S.C.*, mai-juin 1985, pp. 641-659.

CHEVALIER Louis, *La formation de la population parisienne*, INED, 1950.

CHEVALIER Louis, *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Paris, Plon, 1958.

DES CARS Jean & PINON Pierre, *Paris-Haussmann : le « pari d'Haussmann »*, Paris, Éd du pavillon de l'Arsenal et Picard, 1991.

FARCY Jean-Claude, FAURE Alain, *La mobilité d'une génération de Français. Recherches sur les migrations et les déménagements vers et dans Paris à la fin du XIX^e siècle*, Les cahiers de l'INED, n° 151, Paris, INED, 2003.

FAURE Alain, *Les premiers banlieusards. Aux origines des banlieues de Paris 1860-1940*, Paris, Créaphis, 1991.

FIERRO Alfred, *Histoire et dictionnaire de Paris*, Paris, Laffont, 1996.

GAILLARD Jeanne, *Paris, la Ville (1852-1870)*, Paris, Champion, 1977, nouvelle édition préparée par F. Bourillon et J-L Pinol, L'Harmattan, 1997.

HAUSSMANN Georges-Eugène, *Mémoires*, Paris, 1^{ère} édition 1890 ; nouvelle édition présentée par F. Choay, Paris, Éd. du Seuil, 2000.

JACQUEMET Gérard, *Belleville au XIX^e siècle : du faubourg à la ville*, Paris, Éd de l'EPHE et J. Touzot, 1984.

LAMBEAU Lucien, *Histoire des communes annexées à Paris en 1859, Charonne*, Paris, E. Leroux, 1915.

MARCHAND Bernard, *Paris, Histoire d'une ville XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Seuil, 1993.

MERRIMAN John M., *Aux marges de la ville. Faubourgs et banlieues en France 1815-1870*, Paris, Seuil, 1994.

Histoire sociale et urbaine

AGULHON Maurice, CHOAY Françoise, CRUBELLIER Maurice, LEQUIN Yves, RONCAYOLO Marcel, *La ville de l'âge industriel. Le cycle haussmannien*, Paris, Ed du Seuil, 1983, rééd. 1998.

BARLES Sabine, *La ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain, XVII^e-XIX^e siècle*, Paris, Champ-Vallon, 1999.

BIRABEN Jean-Noël, « Quelques aspects de la mortalité en milieu urbain », *Population*, 1975, 30, n°3, pp. 509-522.

BOURILLON Florence, *Les villes en France au XIX^e siècle*, Paris, Ophrys, 1992.

CHARLE Christophe, *Histoire sociale de la France au XIX^e siècle*, Paris, Ed du Seuil, 1991.

COTTEREAU Alain, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure du travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris », *Sociologie du travail*, juill-sept 1978, pp. 192-224.

COTTEREAU Alain, « Usure au travail, destins masculins, destins féminins dans les cultures ouvrières en France, au XIX^e siècle », *Le Mouvement Social*, juill-sept 1983, pp. 72-112.

DUPAQUIER Jacques, KESSLER Denis, *La société française au XIX^e siècle*, Paris, A. Colin, 1986.

FOURCAULT Annie, *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question. France XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Créaphis, 1996.

GUILLAUME Pierre, *La population de Bordeaux au XIX^e siècle, essai d'histoire sociale*, Paris, A. Colin, 1972.

LAROULANDIE Fabrice, *Les ouvriers de Paris au XIX^e siècle*, Paris, Ed. Christian, 1997.

MAREC Yannick, PETIT J-G (dir), *Le social dans la ville en France et en Europe, (1750-1914)*, Paris, Les Ed. de l'Atelier/Ed Ouvrières, 1996.

MAREC Yannick, *Villes en crise ? Les politiques municipales face aux pathologies urbaines fin XVIII^e-fin XX^e siècles*, Paris, Créaphis, 2005.

MURARD L. & ZYLBERMAN P., « Le petit travailleur infatigable ou le prolétaire régénéré : villes-usines, habitat et intimité au XIX^e siècle », *Recherches*, n°25, 1976.

MURARD L. & ZYLBERMAN P., « L'haleine des faubourgs : ville, habitat et santé au XIX^e siècle », *Recherches*, n°29, 1977.

NOIRIEL Gérard, *Les ouvriers dans la société française au XIX^e siècle*, Paris, Ed du Seuil, 1986.

NOIRIEL Gérard, *Le creuset français. Histoire de l'immigration XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Ed. du Seuil, 1988, rééd., 1992.

ROBERT Jean-Louis, TARTAKOWSKI Danielle, *Paris, le peuple (XVIII^e-XX^e siècle)*, Paris, PUPS, 1999.

ROCHE Daniel (dir), *La ville promise. Mobilité et accueil à Paris (fin XVII^e-début XIX^e siècles)*, Paris, Fayard, 2000.

SALAI Robert, BAVEREZ Nicolas, REYNAUD Bénédicte, *L'invention du chômage. Histoire et transformation d'une catégorie sociale en France des années 1880 aux années 1980*, Paris, PUF, 1986.

Table des figures, tableaux et graphiques

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION.....	9
PREMIERE PARTIE LE NOUVEL HOPITAL APRES LA NAISSANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.....	23
CHAPITRE I L'HOPITAL DANS LA VILLE A LA FIN DU XIX ^E SIECLE.....	25
Figure 1. Plan de l'ancien Hôtel-Dieu.....	50
Figure 2. Plan de l'hôpital Lariboisière en 1854.....	87
Figure 3. Plan du nouvel Hôtel-Dieu (1877).....	90
Figure 4. Plan de l'hôpital Tenon (1878).....	92
CHAPITRE II DES HOPITAUX « DE PROXIMITE » ?	101
Tableau 1. Comparaison entre 1854 et 1871 du nombre de nécessiteux et d'indigents inscrits au traitement à domicile.....	130
DEUXIEME PARTIE LA GESTION DES HOPITAUX.....	135
CHAPITRE III LA GESTION DES HOPITAUX AU SEIN DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.....	137
Figure 1. L'organisation de l'Assistance publique à Paris	141
Tableau 1. État des subventions ordinaires et extra- ordinaires allouées par la Ville à l'Assistance publique de 1870 à 1880.....	149
Tableau 2. Les directeurs de l'AP de 1849 à 1920.....	164
Note manuscrite présente dans un dossier de plaintes adressées au Directeur de l'Assistance publique, 804 Foss 36/2.....	169
CHAPITRE IV RATIONALITE DE L'ACCUEIL ET DES SOINS	175

Tableau 1. Consultations données par le Bureau central entre 1844 et 1874.....	181
Figure 1. Affiche placardée au Bureau central d'admission (1871).....	183
Tableau 2. Consultations à l'Hôtel-Dieu pour l'année 1900.....	192
Graphique1. Pourcentage des patients admis à l'Hôtel-Dieu en 1900 par les consultations externes ...	193
Tableau 3. Brancards au 10, 20, 30 des mois d'octobre 1884, janvier, avril et juillet 1885 à l'Hôtel-Dieu	196
Tableau 4. Bains donnés à l'hôpital Tenon en 1900.....	203
Tableau 5. Liste des instruments nécessaires au service de la consultation à Lariboisière, 30 septembre 1895.....	216
Figure 2. Tableau des portions allouées aux malades qui peuvent se nourrir d'aliments solides d'après le règlement alimentaire de 1853.....	222

TROISIEME PARTIE L'HOPITAL UNE REponse MEDICALE ET SOCIALE 229

CHAPITRE V L'HOPITAL D'UNE GRANDE VILLE INDUSTRIELLE	231
Tableau 1. Entrées saisies pour l'hôpital Lariboisière	237
Tableau 2. Entrées saisies pour l'hôpital Tenon	237
Tableau 3. Entrées saisies pour l'Hôtel-Dieu.....	238
Tableau 4. Répartition des malades entrants selon leur domicile	241
Tableau 5. Répartition des domiciles des malades de la Seine en 1855 à Lariboisière.....	243
Tableau 6. Répartition des domiciles des malades de la Seine en 1879 à Lariboisière.....	244
Tableau 7. Répartition des domiciles des malades de la Seine en 1879 à Tenon.....	244
Tableau 8. Répartition des domiciles des malades de la Seine en 1879 à l'Hôtel-Dieu.....	245
Tableau 9. Répartition des âges à Lariboisière en 1855 (comparaison avec le dénombrement de 1856)	248
Tableau 10. Répartition des âges à Lariboisière en 1879 (comparaison avec le dénombrement de 1881)	249
Graphique 1. Classes d'âges des malades de Lariboisière et de la population proche en 1879 et 1881 .	250
Tableau 11. Répartition des âges à l'Hôtel-Dieu en 1879 (comparaison avec le dénombrement de 1881)	250
Graphique 2. Classes d'âges des malades de l'Hôtel-Dieu et de la population proche en 1879 et 1881	251
Tableau 12. Répartition des âges à Tenon en 1879 (comparaison avec le dénombrement de 1881).....	251
Graphique 3. Classes d'âges des malades à Tenon et de la population proche en 1879 et 1881	252
Tableau 13. Répartition des âges à Lariboisière en 1887 (comparaison avec le dénombrement de 1891)	252
Graphique 4. Classes d'âges des malades à Lariboisière et de la population proche en 1887 et 1891....	253

Tableau 14. Répartition des âges à l'Hôtel-Dieu en 1887 (comparaison avec le dénombrement de 1891)	253
Graphique 5. Classes d'âges des malades à l'Hôtel-Dieu et de la population proche en 1887 et 1891.	254
Tableau 15. Répartition des âges à Tenon en 1887 (comparaison avec le dénombrement de 1891)	254
Graphique 6. Classes d'âges des malades à Tenon et de la population proche en 1887 et 1891.	255
Tableau 16. Répartition des âges à Lariboisière en 1903 (comparaison avec le dénombrement de 1901)	255
Graphique 7. Classes d'âges des malades à Lariboisière et de la population proche en 1903 et 1901.	256
Tableau 17. Répartition des âges à l'Hôtel-Dieu en 1903 (comparaison avec le dénombrement de 1901)	256
Graphique 8. Classes d'âges des malades à l'Hôtel-Dieu et de la population proche en 1903 et 1901.	257
Tableau 18. Répartition des âges à Tenon en 1903 (comparaison avec le dénombrement de 1901).	257
Graphique 9. Classes d'âges des malades à Tenon et de la population proche en 1903 et 1901.	258
Graphique 10. Évolution des 20-39 ans à Tenon, Lariboisière et l'Hôtel-Dieu.	259
Graphique 11. Évolution des 40-59 ans à Tenon, Lariboisière et l'Hôtel-Dieu entre 1855 et 1911.	261
Graphique 12. Évolution des plus de 60 ans à Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu entre 1855 et 1911.	263
Tableau 19. Répartition par sexes selon les tranches d'âges en 1855 (Lariboisière)	264
Graphique 13. La répartition des sexes selon les classes d'âges en 1855.	264
Graphique 14. La répartition des sexes selon les classes d'âges en 1879.	266
Graphique 15. La répartition des sexes selon les classes d'âges en 1911.	266
Tableau 20. L'état-civil des malades en 1887.	268
Tableau 21. Situation familiale des 20-59 ans à Lariboisière.	268
Graphique 16. État-civil des malades âgés de 20 à 59 ans à Lariboisière.	269
Tableau 22. Situation familiale des 20-59 ans à Tenon.	269
Graphique 17. État-civil des malades âgés de 20 à 59 ans à Tenon.	270
Tableau 23. Situation familiale des 20-59 ans à l'Hôtel-Dieu.	270
Graphique 18. État-civil des malades âgés de 20 à 59 ans à l'Hôtel-Dieu.	271
Tableau 24. Évolution de la situation familiale des 20-59 ans à Paris d'après les dénombrements de 1881 à 1901.	272
Graphique 19. Origine des malades hospitalisés à Lariboisière entre 1879 et 1911.	274
Graphique 20. Origine des malades hospitalisés à Tenon entre 1879 et 1911.	275
Graphique 21. Origine des malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911.	276
Tableau 25. Origine des habitants de Paris d'après les dénombrements effectués entre 1881 et 1901.	277
Tableau 26. Les sans profession à Lariboisière.	280

Tableau 27. Les sans profession à Tenon.....	281
Tableau 28. Les sans profession à l'Hôtel-Dieu	281
Tableau 29. Groupes sociaux des malades hospitalisés à Lariboisière	285
Graphique 22. Groupes sociaux des malades déclarant une profession à Lariboisière	286
Tableau 30. Groupes sociaux des malades hospitalisés à Tenon	287
Graphique 23. Groupes sociaux des malades déclarant une profession à Tenon	287
Tableau 31. Groupes sociaux des malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu.....	288
Graphique 24. Groupes sociaux des malades déclarant une profession à l'Hôtel-Dieu.....	289
Tableau 32. Groupes sociaux des arrondissements proches des hôpitaux et de Paris, d'après le dénombrement de 1881.....	290
Tableau 33. Groupes sociaux des arrondissements proches des hôpitaux et de Paris, d'après le dénombrement de 1886.....	290
Tableau 34. Groupes sociaux des arrondissements proches des hôpitaux et de Paris, d'après le dénombrement de 1891.....	290
Graphique 25. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1879.....	295
Graphique 26. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1887.....	296
Graphique 27. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1895.....	297
Graphique 28. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1903.....	298
Graphique 29. Répartition des malades de plus de 15 ans par catégories professionnelles en 1911.....	299
Tableau 35. Répartition des ouvriers hospitalisés par secteur d'industrie à Lariboisière.....	300
Tableau 36. Répartition des ouvriers hospitalisés par secteur d'industrie à Tenon	301
Tableau 37. Répartition des ouvriers hospitalisés par secteur d'industrie à l'Hôtel-Dieu.....	301
CHAPITRE VI SOIGNER ET GUERIR : LES NOUVELLES MISSIONS DE L'HOPITAL A LA FIN DU XIX ^E	
SIECLE	309
Graphique 1. Proportion des « non-malades » entre 1879 et 1911 dans les hôpitaux	314
Graphique 2. Répartition des catégories de maladies à Lariboisière entre 1855 et 1911	317
Graphique 3. Répartition des catégories de maladies à Tenon entre 1879 et 1911.....	318
Graphique 4. Répartition des catégories de maladies à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911	318
Tableau 1. Répartition des principales maladies à Lariboisière entre 1855 et 1911	322
Tableau 2. Répartition des catégories de maladies à Tenon entre 1879 et 1911.....	323
Tableau 3. Répartition des catégories de maladies à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911	324
Graphique 5. Le poids de la tuberculose, des bronchites et des pneumonies dans les affections respiratoires à Lariboisière entre 1879 et 1911	326

Graphique 6. Le poids de la tuberculose, des bronchites et des pneumonies dans les affections respiratoires à Tenon entre 1879 et 1911	326
Graphique 7. Le poids de la tuberculose, des bronchites et des pneumonies dans les affections respiratoires à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911	327
Graphique 9. Taux de décès à Tenon entre 1879 et 1911	333
Graphique 10. Taux de décès à l'Hôtel-Dieu entre 1879 et 1911	333
Graphique 11. Principales causes de décès à Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu pour 1879, 1895, 1911	336
Graphique 12. Part des décès dus à la tuberculose dans les hôpitaux parmi les 20-39 ans	338
Graphique 13. Durée moyenne du séjour entre 1879 et 1911 pour Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu, en nombre de jours.....	339
Graphique 14. Évolution des durées de séjour à Lariboisière pour 1879, 1895 et 1911	340
Graphique 15. Évolution des durées de séjour à Tenon pour 1879, 1895 et 1911	341
Graphique 16. Évolution des durées de séjour à l'Hôtel-Dieu pour 1879, 1895 et 1911	341
Tableau 4. Taux de décès moyen et durée moyenne de séjour en 1879, 1895 et 1911 pour Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu.....	346
Tableau 5. Répartition des maladies selon les classes d'âges à Lariboisière en 1855	348
Tableau 6. Répartition des maladies par classes d'âges à Lariboisière en 1879.....	351
Tableau 7. Répartition des maladies par classes d'âges à Tenon en 1879.....	352
Tableau 8. Répartition des maladies par classes d'âges à l'Hôtel-Dieu en 1879	353
Tableau 9. Répartition des maladies par classes d'âges à Lariboisière en 1895.....	354
Tableau 10. Répartition des maladies par classes d'âges à Tenon en 1895.....	355
Tableau 11. Répartition des maladies par classes d'âges à l'Hôtel-Dieu en 1895	356
Tableau 12. Répartition des maladies par classes d'âges à Lariboisière en 1911.....	357
Tableau 13. Répartition des maladies par classes d'âges à Tenon en 1911.....	358
Tableau 14. Répartition des maladies par classes d'âges à l'Hôtel-Dieu en 1911	359
Graphique 17. Taux de décès selon les classes d'âge à Lariboisière	363
Tableau 15. Durée moyenne de séjour en fonction de l'âge à Lariboisière	364
Graphique 18. Taux de décès selon les classes d'âges à Tenon.....	364
Tableau 16. Durée moyenne de séjour en fonction de l'âge à Tenon.....	364
Graphique 19. Taux de décès selon les classes d'âges à l'Hôtel-Dieu	365
Tableau 17. Durée moyenne de séjour en fonction de l'âge à l'Hôtel-Dieu	365
Tableau 18. Taux de décès et situation familiale à Lariboisière pour les plus de 20 ans.....	367
Tableau 19. Taux de décès et situation familiale à Tenon pour les plus de 20 ans	368

Tableau 20. Taux de décès et situation familiale à l'Hôtel-Dieu pour les plus de 20 ans	368
Tableau 21. Durée de séjour et situation familiale à Lariboisière (plus de 20 ans)	368
Tableau 22. Durée de séjour et situation familiale à Tenon (plus de 20 ans)	369
Tableau 23. Durée de séjour et situation familiale à l'Hôtel-Dieu (plus de 20 ans)	369
Tableau 24. Durées de séjour des différentes catégories socio-professionnelles à Lariboisière en 1879, 1895 et 1911.....	375
Tableau 25. Durées de séjour des différentes catégories socio-professionnelles à Tenon en 1879, 1895 et 1911.....	376
Tableau 26. Durées de séjour des différentes catégories socio-professionnelles à l'Hôtel-Dieu en 1879, 1895 et 1911.....	376
Tableau 27. Taux de mortalité des catégories socio- professionnelles en 1879, 1895 et 1911.....	377
CONCLUSION	381
TABLE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES	401
TABLE DES MATIERES	445

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION.....	9
PREMIERE PARTIE L'HOPITAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.....	23
CHAPITRE I L'HOPITAL DANS LA VILLE A LA FIN DU XIX ^E SIECLE.....	25
A. <i>Réflexions et débats sur la localisation de l'hôpital dans la ville.....</i>	<i>27</i>
1. La place de l'hôpital dans la politique d'assistance.....	28
2. Des besoins sociaux pris en compte	38
3. Croissance urbaine et haussmannisation.....	43
B. <i>Les débats concernant la reconstruction de l'Hôtel-Dieu</i>	<i>49</i>
1. Un Hôtel-Dieu qui « tombe de vétusté » (G-E Haussmann).....	50
2. Les divers travaux et projets de reconstruction au XIX ^e siècle.....	54
3. Lariboisière et Tenon, des alternatives à un projet sans cesse reporté	71
C. <i>L'architecture au XIX^e siècle : prédominance des principes hygiénistes</i>	<i>77</i>
1. Orientation des terrains	77
2. L'héritage du XVIII ^e siècle : le modèle pavillonnaire	81
3. Organisation et équipements intérieurs.....	93
CHAPITRE II DES HOPITAUX « DE PROXIMITE »	101
A. <i>Les 10^e et le 20^e : à la périphérie du nouveau Paris</i>	<i>104</i>
1. Lariboisière au contact des 10 ^e et 18 ^e arrondissements.....	104
1.1. Endiguer le flux des banlieusards	104
1.2. Un quartier en plein renouveau.....	108
2. Tenon au cœur de quartiers populaires	110

2.1.	La campagne aux abords de Paris.....	111
2.2.	Croissance démographique et industrialisation de 1820 à 1860.....	111
2.3.	L'annexion : naissance du 20 ^e arrondissement.....	113
3.	L'Hôtel-Dieu au cœur d'un centre remanié.....	117
B.	<i>Des quartiers « populaires »</i>	121
1.	Des quartiers de travailleurs.....	122
2.	La médecine à domicile : une soupape pour l'hôpital ?.....	125
2.1.	Des conditions de logement précaires.....	126
2.2.	Le recours difficile à la médecine à domicile	128
	DEUXIEME PARTIE LA GESTION DES HOPITAUX.....	135
	CHAPITRE III L'HOPITAL : UN OUTIL AUX MAINS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE	137
A.	<i>L'hôpital une instance sous contrôle</i>	138
1.	L'organisation de l'Assistance publique en 1849.....	139
2.	La mainmise d'Hausmann.....	142
3.	Le Conseil de surveillance : un organe consultatif et compétent.....	143
B.	<i>Les Républicains dans l'AP</i>	148
1.	Les tentatives de municipalisation de l'Assistance publique	148
2.	La création d'une direction de l'Assistance publique	162
3.	Le rôle décisif du directeur de l'AP	163
3.1.	La stabilité des hommes	163
3.2.	Une assez grande latitude d'action.....	166
	CHAPITRE IV RATIONALITE DE L'ACCUEIL ET DES SOINS	175
A.	<i>L'admission des malades</i>	177
1.	Les conditions réglementaires	177
2.	Le Bureau central et l'admission directe	180
3.	Une légende de l'hôpital ?	194
B.	<i>Vers une plus grande efficacité des services hospitaliers ?</i>	198
1.	La spécialisation progressive des services hospitaliers	199
2.	Un personnel de plus en plus qualifié	205
3.	L'hôpital, lieu du progrès médical.....	211
C.	<i>Ordres et désordres de la vie quotidienne des malades</i>	217
1.	Une discipline rigoureuse.....	217
2.	Un régime alimentaire plus varié	221

3. Inconfort et insécurité.....	224
TROISIEME PARTIE L'HOPITAL UNE REPOSE MEDICALE ET SOCIALE A	
LA MALADIE URBAINE	229
CHAPITRE V L'HOPITAL D'UNE GRANDE VILLE INDUSTRIELLE	231
A. <i>Les sources hospitalières : une grille de lecture</i>	233
1. Les registres d'entrées des hôpitaux	233
1.1. Les informations	233
1.2. L'échantillon	236
1.3. La méthode utilisée	239
2. Origine des malades et instruments de comparaison	240
B. <i>La population hospitalisée</i>	247
1. Un facteur favorisant l'entrée à l'hôpital : l'isolement	248
1.1. L'âge des malades	248
1.2. Les vieillards et les enfants	262
2.2. Le sexe et l'âge.....	264
2.3. Le poids des célibataires	267
2. Parisiens et provinciaux à l'hôpital	273
2.1. Le poids des provinciaux	273
2.3. Les habitants de la Seine non-Parisiens	278
2.4. Les étrangers.....	279
C. <i>Un hôpital pour les travailleurs</i>	279
1. Le travail : un identifiant majeur des patients hospitalisés.....	280
2. Un hôpital pour les classes populaires	284
3. Le peuple de Paris.....	292
CHAPITRE VI SOIGNER ET GUERIR : LES NOUVELLES MISSIONS DE L'HOPITAL A LA FIN DU XIX ^E	
SIECLE	309
A. <i>L'hôpital au service des vivants</i>	310
1. Maladies populaires, maladies de travailleurs	312
1.1. Un hôpital pour les malades	313
1.2. Maladies générales, maladies locales et faux-semblants de la classification.....	316
1.3. Le poids des maladies respiratoires.	325
2. La fin de l'hôpital-mouroir ?.....	332
2.1. Un taux de décès assez faible.....	332

2.2. Des séjours plus courts	339
<i>B. Les stratégies d'hospitalisation</i>	343
1. Hommes et femmes à l'hôpital	343
1.1. Des femmes plus résistantes ou des hommes plus éprouvés ?.....	344
1.2. La présence féminine	346
2. Les âges de la vie	346
2.1. La maladie segmentée par les âges	347
2.2. La maladie au fil des âges	363
2.3. Un lien nouveau entre la famille et l'hôpital	367
3. Les maladies et les métiers de Paris	370
3.1. Des maladies ciblées.....	370
3.2. Des professions à risques ?	375
CONCLUSION	381
ANNEXES.....	385
SOURCES.....	401
I - SOURCES MANUSCRITES	401
<i>A/ Archives de l'Assistance publique :</i>	401
1) Le catalogue Fosseyeux : « un système de cotation incohérent ».....	401
Administration centrale :	402
Bureau central d'admissions	404
Établissements	405
2) Cadre de classement alphabétique	408
2.1 L'administration des établissements	408
2.2 Malades	413
<i>B/ Archives de Paris.....</i>	415
Administration départementale (préfecture de la Seine) :	415
Administration communale :	415
Conseil municipal	415
Fonds des mairies	415
<i>C/ Archives de la Préfecture de Police</i>	417
Série DA - Secours publics	417
Série EB - Affaires diverses	417
II/ SOURCES IMPRIMEES	419

<i>A/ Archives de l'Assistance publique</i>	419
Assistance publique.....	419
Hôpitaux	420
Lariboisière	420
Tenon	422
Hôtel-Dieu	422
<i>B/ Fonds de la Bibliothèque administrative de Paris</i>	425
Publications en série.....	425
Mémoires et rapports de la préfecture de la Seine	425
<i>C/ Archives de la Préfecture de Police</i>	426
<i>D/ Bibliothèque historique de la Ville de Paris</i>	426
Statistiques sur la bienfaisance et les hôpitaux	426
Statistiques parisiennes	427
BIBLIOGRAPHIE	429
Instruments de bibliographie et de recherche	429
Dictionnaires et encyclopédies.....	429
Histoire générale.....	429
Histoire de l'Assistance publique et des institutions d'assistance	430
Histoire des hôpitaux.....	431
Histoire de l'institution hospitalière	431
Histoire des populations hospitalisées	433
La médecine hospitalière	433
Les personnels.....	434
Histoire de la médecine et des médecins.....	434
Histoire des soins et des pratiques sanitaires.....	435
Histoire de Paris.....	436
Histoire sociale et urbaine	437
TABLE DES FIGURES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES	439
TABLE DES MATIERES.....	445